



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA
OBTENCION DEL TITULO DE MÉDICO

EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE LOS CUIDADOS
OBSTÉTRICOS Y NEONATALES DE EMERGENCIA DEL
HOSPITAL GENERAL DE MACAS,
2008-2009

AUTORES:

DIEGO ANDRÉS VÁSQUEZ BRACHO
PAÚL ESTEBAN VERDUGO PESÁNTEZ
JULIO MANUEL GUAMÁN QUIZHPE

DIRECTOR Y ASESOR:

DR. JOSÉ ORTIZ S.

CUENCA-ECUADOR

2008-2009

RESUMEN:

Objetivo

Identificar el acceso, utilización y calidad de la atención de las complicaciones obstétricas y neonatales en el *Hospital General de Macas del Cantón Morona*

Método y técnicas: Se realizó un estudio descriptivo, cuantitativo y cualitativo. Se aplicaron varias técnicas de investigación: 1) análisis documental, 2) entrevistas, 3) observación directa, y 4) grupos focales, mediante formularios semi-estructurados facilitados por la OPS. La información cuantitativa se procesó mediante Excel 2007; y la información cualitativa se analizó con el software Atlas Ti versión 4.2.

Resultados: El Hospital de Macas corresponde a un nivel de cuidados obstétricos de emergencia (COE) incompleto. Presenta deficiencias en infraestructura (45,38%) y medicamentos esenciales (farmacia y bodega 33,4%, hospital 42,85%). Entre julio 2007 – junio 2008, se produjeron 2 muertes maternas sin causa obstétrica, las principales complicaciones obstétricas fueron: aborto en condiciones inseguras 42,49%, parto prolongado 23,41%. Además se dieron 14 muertes neonatales, siendo las causas el SDRRN, inmadurez del prematuro, sepsis temprana y anencefalia. Entre las principales causas de morbilidad neonatal se encontraron: infecciones nosocomiales 12,03%, y otras patologías 85,19%. De las percepciones comunitarias e institucionales se desprende que existe confluencia de factores socio-económicos, culturales, educativos, comunicativos y administrativos que integran la causalidad de la baja calidad en la atención a las mujeres con emergencia obstétrica.



Conclusión

La segunda y tercera demora son más importantes, debido a la imposibilidad para movilizarse por medio de transporte y a la falta de atención del servicio las 24h. Se recomienda la implementación de guías basadas en evidencias para una mejor calidad de atención.

Palabras clave: Cuidados Obstétricos y Neonatales de Emergencia -CONE-, evaluación de la calidad de los servicios, morbilidad y mortalidad materna y neonatal.

ABSTRACT

Objective:

Identify the access, utilization and quality of care for obstetrical and neonatal complications at *Hospital General de Macas of the canton Morona*.

Methods: We conducted a descriptive, quantitative and qualitative study at the Hospital General de Macas of the canton Morona. We applied several investigative techniques as: 1) Document analysis 2) Interviews 3) Direct observation 4) Focus groups, using semi-structured questionnaires provided by OPS. Quantitative information was processed using MS Excel 2007 and qualitative information was analyzed with Atlas TI software version 4.2.

Results: The Hospital General del Cantón Morona has an incomplete level of emergency obstetric care (COE). The Hospital has deficiencies in infrastructure (45,38%) and essential medicines (33, 4% in pharmacy and cellar, 42,85% in hospital). Between July 2007 and June 2008, 2 deaths occurred without cause maternal obstetric, the principal obstetric complications are: unsafe abortion 42,49%, prolonged labor 23.41%. In this same period there were 14 deaths neonatal, still causes distress syndrome respiratory, newborn immaturity of prematurity, early sepsis and anencephaly. The main causes of neonatal morbidity were 12.03% of nosocomial infections and 85,19% of other diseases. From community and institutional perceptions we have that there is a clear convergence of socio-economic, cultural, educational, communicative and administrative that integrate the causality of the low quality care for women with obstetric emergencies.



Conclusion:

The second and third delays are the most important, due to the inability to move by ground transportation and the lack of 24h health care service. We recommend the implementation of guides of evidence that allow a better quality care.

Keywords:

- Obstetric and Neonatal Care Emergency (CONE)
- Quality assessment services
- Maternal and neonatal morbidity and mortality.



RESPONSABILIDAD

Las opiniones vertidas a continuación son de responsabilidad de los autores del documento:

Diego Andrés Vásquez Bracho

Paúl Esteban Verdugo Pesántez

Julio Manuel Guamán Quizhpe



AGRADECIMIENTO

Agradecemos a nuestro director y asesor, Dr. José Ortiz, quien nos ha guiado y permitido culminar con satisfacción nuestro proyecto de investigación.

A nuestros padres que nos brindaron todos los recursos necesarios para desarrollar nuestro estudio.

Además agradecemos al personal del Hospital General de Macas, en especial a su director, Dr. Otto Campaña por permitir realizar nuestra investigación de la manera más cálida y cordial.



DEDICATORIA

El proyecto de *Evaluación de los servicios de los cuidados obstétricos y neonatales de emergencia* va dedicado al establecimiento de salud en el cual realizamos la investigación para así crear conciencia sobre la disponibilidad y prestación de servicios que se brinda en esta casa de salud, con lo que se contribuye al análisis para disminuir los riesgos existentes sobre la salud materna y neonatal.

Los Autores



INDICE DE CONTENIDOS

I. INTRODUCCIÓN.....	11
II. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA.....	14
III. JUSTIFICACIÓN.....	18
IV. FUNDAMENTO TEÓRICO.....	20
4.1 Atención primaria en salud.....	20
4.2 Objetivos del desarrollo del milenio.....	22
4.3 Cuidados obstétricos de emergencia.....	24
4.4 Mortalidad materna.....	33
4.5 Mortalidad neonatal.....	46
4.6 Cuerpo jurídico con relación a la atención obstétrica.....	50
4.7 Programas, reglamentos y normativas del MSP.....	52
4.8 Salud reproductiva: reducción de la mortalidad materna.....	55
V. OBJETIVOS.....	61
VI. METODOLOGÍA.....	62
VII. RESULTADOS.....	70
7.1 Características de la morbilidad y mortalidad obstétrica y neonatal.....	75
7.2 Disponibilidad de la infraestructura del Hospital General de Macas.....	87
7.3 Documentación estadística del Hospital General de Macas.....	89



7.4 Disponibilidad de equipamiento del Hospital General de Macas.....	91
7.5 Disponibilidad de Mobiliario del Hospital General de Macas.....	94
7.6 Disponibilidad de medicamentos para emergencias obstétricas.....	95
7.7 Capacitación del Personal de Medicina y Enfermería.....	99
7.8 Prácticas en CONE en el Hospital General de Macas.....	104
7.9 Percepción comunitaria e institucional de los factores relacionados con las emergencias obstétricas y la mortalidad materna.....	111
VIII. CONCLUSIONES GENERALES.....	135
IX. DISCUSIÓN.....	143
X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA.....	149
XI. ANEXOS.....	158

I. INTRODUCCION

El Estado garantiza el derecho a la salud, su promoción, protección (seguridad alimentaria, provisión de agua, saneamiento, promoción de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario) y el acceso permanente e ininterrumpido a los servicios conforme a principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia, de acuerdo a lo que dictamina nuestra constitución, en su artículo 42.¹ La mortalidad materna es un indicador sensible del desarrollo humano, por eso en el año de 1998 el Ecuador lo declaró mediante Acuerdo Ministerial No.1804, “prioridad de Estado”. En el mismo año el Honorable Congreso Nacional reforma la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia y en el año de 1999 se dictan las Normas Nacionales de Salud Reproductiva. En el año 2005 se publica el “Plan Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna”, y en enero del 2006 se actualiza el Manual para la Vigilancia Epidemiológica e Investigación de la Mortalidad Materna (MM), primer eje de acción del plan señalado.²

De la misma manera la Ley Orgánica de Salud, enfatiza en su artículo 3, que la salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano, irrenunciable, cuya protección y garantía es responsabilidad

primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables.

En nuestro país, a pesar de las diversas acciones emprendidas en estos últimos años, la mortalidad materna sigue siendo alta y por ende un problema para el sector de la salud y la comunidad. Según el INEC, en el año 2007 ocurrieron 176 muertes maternas (90.20 x 100 mil nacidos vivos), debido principalmente a hemorragias uterinas, sepsis, abortos, eclampsias y otras.³

Recientemente se ha sugerido un nuevo modelo para diseñar y evaluar los programas para reducir la mortalidad y discapacidad materna, basado en la cadena causal que vincula las muertes maternas con las actividades de los programas. Este modelo es llamado de las tres demoras y se basa en la premisa de que cualquier demora que impida que la mujer embarazada reciba un tratamiento adecuado, le puede costar la vida. Según este modelo, los tres tipos de demoras que pueden contribuir a la muerte materna son:

1. Demora en tomar la decisión de buscar ayuda.
2. Demora en llegar a la unidad de salud.

3. Demora en recibir el tratamiento adecuado en la unidad de salud.²

Ante la ausencia de un registro o la deficiencia de estudios acerca de cuidados obstétricos de emergencia en la provincia de Morona Santiago, nos vimos impulsados a la realización de este trabajo, el cual es parte del programa de investigación “Tecnologías de Información y Comunicación -TIC- para mejorar la calidad de la atención materna y neonatal en los servicios públicos de la provincia del Azuay y Morona Santiago”, ganador del concurso convocado por la Dirección de Investigación de la Universidad de Cuenca (DIUC) cuyo objetivo es identificar las condiciones de funcionamiento, accesibilidad, recursos, y la calidad de atención en las complicaciones obstétricas y neonatales, con el propósito de posteriormente realizar un plan de acción para brindar insumos para la formulación de un proyecto que contribuya a mejorar la salud de las mujeres, incrementar la accesibilidad, utilización y calidad de los servicios médicos y de salud, para el tratamiento efectivo y oportuno de las complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

En el año 2005, 536.000 mujeres murieron en el mundo y 22.000 en América Latina, por complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto. La mayoría de muertes maternas se producen entre las mujeres más pobres del mundo. Para las mujeres entre 15 y 49 años de edad, que residen en países de bajos y medianos ingresos, las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto constituyen la principal causa de mortalidad e invalidez.⁵

La mayor parte de las muertes ocurren por cinco complicaciones obstétricas: hemorragia (25%), sepsis (15%), abortos inducidos inseguros (13%), hipertensión durante el embarazo (12%) y partos obstruidos (8%). Otro 20% es producto de circunstancias preexistentes que se agravan con el embarazo, entre ellas, la anemia, la malaria y la hepatitis. Estos fallecimientos obedecen no solo a las fallas de los sistemas de asistencia médica, sino también a arraigados patrones de discriminación contra la mujer.⁶

Según el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC) en el año 2007 murieron 176 mujeres por causas del embarazo, parto y puerperio lo que nos da una tasa promedio de 90,20 x 100.000 nacidos vivos; sin embargo, dadas las inequidades socioeconómicas y principalmente de recursos en salud, las tasas de muerte materna son muy

diferentes entre las provincias del país. Así, las provincias que no registraron muertes maternas son: Galápagos (0.0), Pastaza (0.0) y Carchi (0,0); las provincias con tasas inferiores a 100: Pichincha (85), Tungurahua (83,6), Azuay (79.2), Manabí (75.9), Los Ríos (81.8), Guayas (34.3), El Oro (14.1), Orellana (13.3), Bolívar (32,6) y las provincias con tasas superiores a 100: Imbabura (118,8), Cotopaxi (179.9), Loja (139.4), Esmeraldas (172.9), Napo (163.9), Morona Santiago (176.7), Zamora Chinchipe (321.3), Chimborazo (175.8), Cañar (132.8) y Sucumbíos (150.2).⁷

El Plan de Reducción de la Muerte Materna pone en evidencia que la tasa de mortalidad materna en el país es muy alta si se compara con otros países de la región. Entre las principales causas se señalan: eclampsia (30.2%), hipertensión inducida por el embarazo (10.1%), hemorragia (8.5%), desprendimiento prematuro de la placenta (7.8%) y otros traumas obstétricos (5.4%). Según los registros hospitalarios, el aborto también figura entre las causas de muerte en los servicios de salud.

El país se caracteriza por tener una población multiétnica y pluricultural con grandes diferencias y limitaciones de carácter cultural, social y económico, por lo que es urgente ofrecer respuestas integrales y específicas en concordancia

con la cosmovisión de los diferentes pueblos y las necesidades locales.

El plan del MSP pretende satisfacer las necesidades de equidad por género, equidad generacional, por etnia y equidad geográfica promoviendo el ejercicio de los derechos humanos, incluyendo los derechos sexuales y reproductivos.

En el “Plan de Acción de Salud y Derechos Sexuales y reproductivos 2006-2008” se plantea como objetivo: Garantizar la aplicación de la Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos como componente de los Derechos Humanos y de la salud integral; que permita el desarrollo pleno de los hombres y mujeres del Ecuador y el mejoramiento de su calidad de vida, incluyendo la capacidad de disfrutar una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la de procrear y la libertad para decidir hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia, respetando la diversidad étnica y cultural. Estableciendo como fundamentos estratégicos y líneas de acción, los siguientes: 1) Ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos, 2) Intersectorialidad, 3) Promoción de la equidad de género e interculturalidad, 4) Construcción de ciudadanía y participación social, 5) Disminución de la Mortalidad



Materna, y, 6) Reforma del Sector Salud para el acceso universal.⁸

III. JUSTIFICACION

Según los datos encontrados en el estudio antes realizado en Guayaquil en el año 2007 “Evaluación de los Servicios de Cuidados Obstétricos y Neonatales de Emergencia” nos hemos dado cuenta de la gran importancia que tiene atender y tratar de resolver los problemas que se presentan en los diferentes centros de cuidados obstétricos y neonatales de todo el país, encontrando elevadas tasas de morbilidad y mortalidad materna y neonatal debido en su mayoría a causas prevenibles que ocurrieron principalmente como consecuencia de la tercera demora, esto es en recibir el tratamiento adecuado en las unidades de salud, no solamente por escasa preparación y actualización del personal, deficiencias en la infraestructura, carencias en equipos, medicamentos, materiales e insumos, especialmente en los servicios del MSP, sino fundamentalmente por aplicación de prácticas sin evidencias científicas y por la falta de planificación sustentada en un sistema de vigilancia epidemiológico, junto con un sistema de control y asesoría.

Realizamos nuestro estudio en el Hospital General de Macas, que forma parte del MSP, ya que en el mismo existen serias deficiencias en la infraestructura, mobiliario, equipo y ropa, especialmente, así como también en el abastecimiento de medicamentos inyectables esenciales,

como pethidine, salbutamol, halotano, diazepam, sulfato de magnesio, hydralacina, adrenalina, hidrocortisona, ampicilina, ceftriaxona, gentamicina, etc., estas carencias constituyen factores limitantes para la atención de emergencias obstétricas y neonatales.⁹

En el Ecuador, a pesar de las acciones emprendidas en los últimos años, la mortalidad materna sigue siendo alta; según el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC) en el año 2005 ocurrieron 143 muertes maternas (77.8 x 100 mil nacidos vivos), debido a hemorragias, eclampsia, sepsis, aborto, preeclampsia y otras. Para el año 2006 las defunciones se han incrementado a 189, debido a que los esfuerzos en la práctica son insuficientes y los realizados no se orientan en la dirección correcta. Para el año 2007 el número de muertes maternas desciende ligeramente a 176 muertes.³

Procederemos a presentar los resultados a las autoridades del hospital para que las gestiones que se realicen ante el Ministerio de Salud Pública, se sustenten en un análisis científico.

IV. FUNDAMENTO TEORICO

4.1. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

Debemos partir de la definición de atención Primaria en Salud (APS), primera estrategia que permitirá un mejoramiento de los sistemas de salud vigentes en el país y la región. La declaración del Alma Ata (en 1978) la define como asistencia sanitaria esencial que incluye un marco de acciones integrales y globales; donde los servicios de salud deben estar organizados desde la comunidad hacia los niveles de mayor complejidad para permitir el funcionamiento de un sistema de referencia adecuado. Fecha en la que la OMS adoptó la APS como estrategia para alcanzar el objetivo de salud para todos.¹⁰

El modelo de desarrollo y de atención de salud en el país, se ha caracterizado por estar institucionalmente fragmentado, inequitativo, que no ha dado respuesta a las demandas sociales. En el Ecuador, cada vez es más escaso el presupuesto asignado para los programas sociales necesarios para el desarrollo, entre ellos los de salud, ello nos obliga a la necesidad de buscar otros medios para la ejecución de proyectos y estrategias de atención primaria encaminados para promover la salud de la población demandante.^{10, 11}

La salud y sus factores determinantes (estilos de vida 43%, biología 27%, medio ambiente 19% y sistema sanitario 11%) deben ser tomados en cuenta como marco conceptual para la elaboración de políticas sanitarias fundamentada en la salud pública, y por lo tanto en las necesidades de la salud de la población. Existe un consenso de que el mejoramiento de la salud de la población humana a nivel mundial se debe más a causas económicas, sociales y políticas que a intervenciones sanitarias. Razón por la que las políticas de salud deberán dar respuesta a los determinantes extrasanitarios, lo que implica la participación de otros sectores como educación, obras públicas y medioambiente que junto con las políticas sanitarias hagan frente a los problemas de salud.^{10,12}

Si tomamos en cuenta que de los determinantes de la salud, el estilo de vida es el factor con mayor influencia en la falta de salud, enmarca la importancia de la prevención primaria para los cuidados obstétricos y neonatales de emergencia, ya que busca el cambio en los estilos de vida con estrategias poblacionales e individuales.^{12, 13}

Cuando hablamos de estrategia de APS hacemos referencia a una estrategia que concibe el proceso de salud-enfermedad de una manera integral, que no solo abastecerá de servicios de salud sino que afrontará las causas

fundamentales, sociales, económicas y políticas de la falta de salud, a través de la integración de la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación.^{13,14}

La promoción de la salud es la estrategia mediante la cual los individuos, las familias y las comunidades desarrollan un mayor control sobre los determinantes de la salud.¹⁴

Es también de importancia la comunicación entre el personal de los diferentes niveles asistenciales para proporcionar una atención sanitaria de calidad, sin embargo no se la practica por varios factores como la falta de estructuración, la formación profesional del primer nivel (renovación de APS), de los especialistas del segundo y tercer nivel y los propios pacientes carecen de información.^{12,13}

4.2. OBJETIVOS DEL DESARROLLO DEL MILENIO.

Los objetivos de desarrollo del Milenio, que abarcan desde la reducción a la mitad la pobreza extrema hasta la detención de la propagación del VIH/SIDA y la consecución de la enseñanza primaria universal para el año 2015, constituyen un plan convenido por todas las naciones del mundo y todas las instituciones de desarrollo más importantes. Los objetivos han galvanizado esfuerzos sin

precedentes para ayudar a los más pobres del mundo, se aprobaron en un marco de 8 objetivos, 18 metas y 48 indicadores para medir los progresos hacia el logro de los objetivos de desarrollo del Milenio mediante un consenso de expertos de la Secretaría de las Naciones Unidas y el FMI, la OCDE y el Banco Mundial.

El objetivo 5 se refiere a la mejora de la salud materna, se traduce en dos metas orientadas a disminuir la mortalidad materna y dar acceso universal a la salud reproductiva, y su progreso se mide a través de seis indicadores. La mortalidad materna, así como la morbilidad asociada a sus factores determinantes, son consideradas un grave problema de salud pública, revelando profundas desigualdades en las condiciones de vida de la población, y en la salud de las mujeres en edad reproductiva.¹⁵

Como respuesta a estos objetivos se definieron algunas estrategias de intervención entre las que se destacan: el aumento de la disponibilidad y el acceso a la información sobre los servicios de planificación familiar; el acceso a servicios de atención prenatal de calidad, el parto limpio y seguro, y, el acceso a Cuidados Obstétricos de Emergencia (COE) para embarazos de alto riesgo y con complicaciones.⁹

El momento del parto debería ser un momento de alegría. Sin embargo, anualmente, para más de medio millón de mujeres el embarazo y el parto terminan en la muerte y veinte veces más de este número sufren lesiones o incapacidades graves que, si no se tratan, les pueden causar sufrimientos y humillación durante toda la vida. La muerte de una madre puede ser especialmente devastadora para los niños que deja atrás, pues para ellos aumenta el riesgo de caer en la pobreza y de ser víctimas de explotación.¹⁶

4.3. CUIDADOS OBSTÉTRICOS DE EMERGENCIA.

El Cuidado Obstétrico Esencial “COE” comprende una serie de servicios que pueden salvar las vidas de la mayoría de mujeres con complicaciones obstétricas, y en los cuales se pueden identificar dos niveles de atención: COE Básicas y Ampliados.

Las funciones más importantes para identificar el COE básico son:

1. Administrar antibióticos parenterales.
2. Administrar medicamentos oxitócicos parenterales.
3. Administrar anticonvulsivantes parenterales para la pre-eclampsia y eclampsia.
4. Retiro manual de la placenta.



5. Retiro de productos retenidos.
6. Realizar alumbramiento vaginal asistido.

Las funciones para el COE ampliado constituyen las mismas del COE básico antes nombradas además de las siguientes:

1. Realizar cirugía (cesárea).
2. Realizar transfusiones de sangre.

Las funciones realizadas en un establecimiento COE Básico pueden salvar muchas vidas. Aun si la paciente necesita ser referida del COE Básico al COE Ampliado o Completo, las funciones realizadas en el establecimiento COE Básico pueden estabilizar a la mujer para que ella no muera en el camino, o evitar que llegue casi moribunda al establecimiento COE Completo.¹⁷

Todas las complicaciones obstétricas van en aumento en algunas partes del mundo, y dan cuenta de un gran incremento en la proporción de muertes maternas; sin embargo pueden ser resueltos con las actividades que se llevan a cabo tanto en el COE Básico como Ampliado, mencionadas anteriormente.

Los cuidados de emergencia son necesarios para manejar las complicaciones obstétricas directas, las cuales afectan al menos al 15% de las mujeres embarazadas, y también durante el parto y puerperio. Por lo tanto, cada vez más

gobiernos están integrando la atención obstétrica de emergencia en los programas de salud materna, en vista de que se empieza a reconocer la importancia de evitar la muerte y discapacidad entre las mujeres.

Para ello, Columbia University y UNICEF elaboraron, en 1992, la *Guía para Monitorear la Disponibilidad y la Utilización de los Cuidados Obstétricos*. Dichas guías fueron distribuidas por UNICEF, ONU, y FNUAP en 1997. La guía introduce un conjunto de seis indicadores de proceso para monitorear los servicios obstétricos. Los indicadores de proceso miden las actividades que llevan hasta la meta deseada, es decir, reducir la muerte materna.

Los Indicadores de Proceso de la ONU se basan en la comprensión de que para prevenir las muertes maternas, se debe disponer de cierto tipo de cuidados obstétricos, y además se debe determinar si estos servicios están disponibles en suficiente cantidad, si las mujeres que sufren una emergencia obstétrica que pone en peligro su vida en realidad los usan, dan información de la calidad de la atención, y los indicadores pueden ser usados tanto para hacer un diagnóstico de necesidades con el propósito de diseñar programas, como para monitorear el progreso de la implementación de dichos programas.¹⁸

Los seis Indicadores de Proceso de la ONU son:

1. Cantidad de cuidados obstétricos de emergencia
2. Distribución geográfica de los establecimientos
3. Proporción de todos los nacimientos en los establecimientos
4. Necesidad satisfecha de los servicios
5. Cesáreas como porcentaje de todos los nacimientos entre la población
6. Tasa de letalidad

Sin embargo, para monitoreos nacionales, no es factible ni útil tener definiciones tan finas ni demasiadas categorías. Consecuentemente, para el presente propósito, están incluidas sólo las unidades que actualmente ofrecen todas las funciones principales en ya sea las listas de COE Básicos o Ampliados.

Desde que asumimos que alrededor del 15% de mujeres embarazadas desarrollarán complicaciones graves, entonces podemos estimar que un tercio de mujeres con complicaciones requerirán tratamiento en una unidad con COE Ampliados. En teoría, todas las mujeres que necesitan COE Básicos deben ser tratadas en una sola unidad.

En cuanto a la cantidad disponible de servicios COE, se considera como un nivel mínimo aceptable: por cada 500 mil personas debe haber una unidad ofreciendo COE ampliado o completo, y cuatro unidades ofreciendo COE básicos.

La proporción de los nacimientos en los establecimientos COE debe ser mínima de 15%, y a su vez se considera que la necesidad de realizar cesárea es de un 5 a 15%. La proporción de mujeres que mueren por complicaciones obstétricas y que son admitidas en estos centros que brindan COE debe ser como máximo 1%.¹⁷

En los últimos años la experiencia ha mostrado que la prevención de la mortalidad materna debe orientarse a la implementación de atención de los COE para el manejo de las complicaciones obstétricas en las unidades de salud. Este enfoque se sustenta en las siguientes premisas:

- a. Una proporción de mujeres embarazadas desarrollará complicaciones obstétricas.
- b. La mayor parte de estas complicaciones no pueden ser prevenidas o evitadas.
- c. Por lo tanto, las mujeres que sufren complicaciones necesitarán de Cuidados Obstétricos de Emergencia rápidos para salvar sus vidas y prevenir morbilidad a largo plazo.⁹

Las unidades obstétricas de Europa, en especial las del Reino Unido y España se han convertido en pioneras en cuanto al montaje y puesta en marcha de unidades de cuidado obstétrico. Dichos centros buscan impactar en la morbilidad y mortalidad materna mediante el manejo adecuado y precoz de las gestantes críticamente enfermas sin tener que esperar el ingreso o la disponibilidad de camas en cuidados intensivos.¹⁹

En Perú, se realizó un estudio llamado “*Proyecto de atención a las emergencias obstétricas, FEMME – Care*”, realizado por la Asociación Peruana de Enfermeros en Emergencias y Desastres, esta investigación tuvo como base mejorar el manejo de emergencias maternas, y se realizó como parte de la iniciativa global por una maternidad segura.²⁰

En vista de que en Perú cada día 856 mujeres sufren complicaciones del embarazo, 3 mujeres mueren por complicaciones del embarazo, parto y puerperio, y están ocurriendo 10 muertes perinatales por cada muerte materna, la finalidad de este estudio consistía en mejorar la disponibilidad, acceso, uso y calidad de atención mediante la implementación de Cuidados Obstétricos de Emergencia **(COE)** en la zona norte de la Región Ayacucho, con el objetivo de asegurar la vida de la madre y el recién nacido.

Los niveles del impacto alcanzados por el proyecto *FEMME* fueron tres: el sistema de salud, el personal de salud y finalmente la población. En cuanto al sistema de salud se obtuvo una reducción de la letalidad obstétrica de un 64,7% entre los años 2000-2005. En el personal de salud la percepción sobre la actuación del proyecto *FEMME* se categorizó como Bueno, con un 64,2%; y finalmente en el impacto sobre la población, se obtuvo una reducción de la mortalidad materna en el domicilio de un 62% a un 23% en el transcurso de los años 2000-2005.

Se tuvo entonces una experiencia exitosa a nivel de los servicios de salud obstétricos, aceptada por el personal de salud y la sociedad civil, lo que ha incrementado la utilización y la calidad de los servicios, al mismo tiempo que el proyecto *FEMME* brinda una serie de estrategias y modos de actuación en los servicios obstétricos que justifican destinar esfuerzos hacia su sostenibilidad regional y replicabilidad en otras zonas rurales del país.²⁰

Por otra parte se ha presentado un manual, un libro de herramientas, destinado a mejorar la calidad de la atención obstétrica de emergencia, el cual fue publicado con el apoyo del programa AMDD de Mailman School of Public Health, Columbia University, y Bill & Melinda Gates Foundation en el año 2005. Las principales herramientas señaladas son:

- Evaluación de COEm.
- Entrevista cliente/Familia.
- Revisión de archivos y registros.
- Análisis de flujo de clientes.
- Guías de revisión de casos breves.

En cuanto a la evaluación del COE, consiste en varias guías organizadas sobre la base del “Marco de Derechos para la Calidad de Atención Obstétrica de Emergencia”. Diferentes guías evalúan la prontitud de cada sala o área para apoyar a los servicios de COE, como también la limpieza y la organización, disponibilidad y funcionamiento de energía, agua, equipos, suministros y medicamentos, y la observación a los derechos de los clientes a la confidencialidad, dignidad y otros temas esenciales.

En la entrevista cliente/familia el personal lleva adelante discusiones informales semi-estructuradas, con clientes de COE o con miembros de la familia para conocer sus perspectivas sobre la calidad de servicios. A través de estas discusiones confidenciales, el personal reúne información sobre el acceso a la atención y conoce las opiniones de las pacientes sobre información, dignidad y comodidad, privacidad, elección informada, libertad de opinión y continuidad de la atención.

Deben existir además los archivos que permitan al personal revisar los registros del establecimiento, registros de servicios y los registros individuales de la paciente, para determinar si éstos contienen información importante para realizar el seguimiento de emergencias obstétricas y muertes maternas, y si el registro se está llevando de manera correcta y completa.

En lo relacionado con el análisis flujo-cliente, el personal realiza un seguimiento a las pacientes de emergencia desde su llegada a la puerta del establecimiento y a través de puntos clave de su visita, para reunir información sobre el tiempo de espera de la paciente, y de esa manera el personal identifica y analiza las causas de los retrasos.

En algunos casos los médicos, enfermeras, y supervisores se reúnen para discutir casos complicados utilizando historias de caso, registros y resultados de laboratorio, para aprender de los resultados y determinar si los problemas del sistema interfieren con la provisión de atención de calidad.²¹

En los hospitales de la provincia del Guayas se observa que el 39,4% del personal médico y el 13,8% del personal de enfermería se encuentran vinculados a los servicios de COE. A su vez el grupo médico que tiene mayor asignación al COE, según éste estudio, son los Médicos Residentes

(66%), seguido de los Internos/as de medicina (21,6%) y los Gineco-obstetras con un 7,4%.⁹

En la provincia del Azuay el 26,6% del personal de medicina y enfermería está asignado a labores del COE. El 34,4% del personal médico y el 18,0% del personal de enfermería están asignados al COE. El mayor porcentaje de personal que realiza turnos nocturnos y que tienen relación con el COE corresponde a internos de medicina, médicos residentes, y médicos rurales.²²

4.4. MORTALIDAD MATERNA

Se define como la muerte de una mujer durante el embarazo o en los 42 días posteriores a la terminación del embarazo, independientemente de su duración y lugar, debido a cualquier causa relacionada o agravada por el mismo o la atención recibida, pero no por causas accidentales o incidentales.²

La tasa de mortalidad materna es un indicador representativo del desarrollo económico, social, educacional, y sanitario de un país. Así los países desarrollados presentan tasas de mortalidad materna significativamente inferiores a la de países en vía de desarrollo. Clásicamente se define como la “ocurrida en el embarazo, parto, y puerperio hasta seis semanas postparto” o bien como “La mortalidad materna de causa

directa o indirecta durante el embarazo, parto o puerperio”. Otro concepto: la razón de mortalidad materna es el número de defunciones maternas por cien mil nacidos vivos.²³

De los 190 países solamente 78 informan de manera correcta, sistemática y en forma verificable sus niveles mortalidad materna, lo que significa solo el 35% de la población mundial. El 15% de las mujeres grávidas desarrollan complicaciones, 300 millones de mujeres presentan complicaciones a corto o largo plazo, 60 millones de partos anuales se verifican sin atención profesional. El 99% de la mortalidad materna se detecta en los países del tercer mundo²³.

La mortalidad materna tiene profundas consecuencias económicas y sociales: reduce la supervivencia de los recién nacidos, el desempeño escolar de niños sobrevivientes y huérfanos, y representa una pérdida de los ingresos familiares y de la productividad económica.

Las muertes maternas pueden ser clasificadas según el lugar de fallecimiento, donde suceden las demoras que ocasionan las muertes maternas, y estas son las siguientes:

1. Hogar-Comunidad: cuando la madre o familia no reconoce señales de riesgo y no toma decisiones para ayuda.
2. Camino-Traslado: Dificultad o imposibilidad para movilizarse por vías o medios de transporte
3. Unidad de salud: No cuenta con personal competente las 24 horas, equipos e/o insumos necesarios.²

El mayor porcentaje de muertes maternas se relaciona con la unidad de salud ya que representa el 82%, le sigue la segunda demora con el 8% y por último el 5% corresponde a la demora ocurrida en el Hogar y la comunidad (MSP, sistema de vigilancia epidemiológica, 2006). Las diferencias entre cantones responden a inequidades de género, barreras de acceso, e inadecuada atención obstétrica y neonatal. En cinco cantones de la sierra central y dos de la Amazonía predominan las muertes maternas en el hogar-comunidad. La segunda demora predomina en siete cantones pertenecientes a la provincia de Pichincha, Cotopaxi, Chimborazo, Guayas y el Oro. Azuay se ubica en el quinto lugar, predominan las muertes maternas debido a la demora ocurrida en el hospital. Según el sistema de vigilancia epidemiológica de la muerte materna del MSP, la hemorragia es la primera causa de muerte materna con 38% de los casos, seguida de la hipertensión y eclampsia

con un 26% y en tercer lugar la sepsis con el 21% de los casos ².

4.4.1. COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS MÁS FRECUENTES

De acuerdo a la investigación realizada en algunas unidades de salud de la provincia del guayas relacionados con cuidados obstétricos esenciales se encontró que las principales complicaciones obstétricas implicadas en la muerte materna son: sepsis puerperal con un 28.1%, preeclampsia y eclampsia 15.6%, hemorragia ante y postparto 9.4%, rotura uterina 3.1% y otras complicaciones obstétricas 43.8%. En cuanto a las principales causas de morbilidad materna se encontró que en orden de frecuencia están implicadas las siguientes: aborto espontáneo, parto obstruido, hipertensión inducida por el embarazo, aborto en condiciones inseguras, hemorragia, otras complicaciones, parto prolongado, embarazo ectópico, sepsis puerperal y rotura uterina. ⁹

La morbilidad materna registrada en el hospital General de Macas en el periodo de julio 2005 a junio del 2006, del total de complicaciones de 393, el mayor número corresponde a aborto en condiciones inseguras (167), seguido de parto prolongado (92), otras complicaciones (76) parto obstruido (18) hemorragia (12), aborto espontaneo (9), hipertensión

inducida por el embarazo (8), sepsis puerperal (6), embarazo ectópico (3), rotura uterina (2).

4.4.1.1. HEMORRAGIA POSTPARTO:

La hemorragia postparto (HPP) se define como la pérdida sanguínea de 500ml o más en un postparto vaginal, o una pérdida de 1.000ml o más después de haberse realizado una cesárea. Cuando la hemorragia ocurre en las primeras 24 horas luego del parto se la conoce como una hemorragia postparto temprano o primario, pero cuando ocurre luego de 24 horas se la conoce como una hemorragia postparto tardía o secundaria.

La Organización Mundial de la Salud sugiere que aproximadamente un 25% de muertes maternas en todo el mundo son provocadas por hemorragias postparto.²⁴

Un 5,8% de mujeres tiene una HPP en su primer embarazo, y el 4,5% tiene HPP en su segundo embarazo, y tiene como riesgo de HPP en un segundo embarazo un 14,8%, y un tercer embarazo un riesgo del 21,7% mayor que en mujeres que no han tenido una HPP.²⁵

La mortalidad por hemorragia parece ser mayor en países con alta tasa de mortalidad materna que en los demás, llegando a triplicarse el riesgo de muerte por hemorragia en mujeres mayores de 35 años.²⁶

4.4.1.2 PARTO PROLONGADO:

Labor de parto que sobrepasa los límites de duración normales, en consecuencia no consigue el objetivo del nacimiento del feto. O el progreso de la dilatación cervical es menor al percentil 10 de la curva de alerta del partograma. Cualquier alteración de los mecanismos del parto podrían ser sus causantes.²⁷

Si la paciente no tiene un progreso adecuado del trabajo de parto, se inicia la administración de oxitocina con dosis de 6 miliunidades por minuto hasta aumentar a 6 de estas cada 15 minutos y se solicita al obstetra que solo intervenga cuando haya necesidad de parto instrumentado o cesárea.

En el *National Maternity Hospital* se obtuvieron los siguientes resultados:

1. Los índices de cesáreas por distocia fueron menores de 10 %.
2. La oxitocina se utilizó en 50 % de las nulíparas.
3. El parto se produjo en menos de 12 horas en 98 % de las pacientes.

En un meta-análisis recientemente efectuado se demuestra cómo se reduce el índice de cesárea en 25 a 50 %; mientras que en otros trabajos se señala una disminución del índice de cesáreas por distocia en alrededor de 34 %.²⁸

4.4.1.3 PARTO OBSTRUIDO:

Es toda dificultad que se presenta en la libre realización del parto por la vía vaginal y por los siguientes motivos: causas materna, fetales y mixtas; entre las más frecuentes se mencionan:

1. Problemas psíquicos: tensión, ansiedad, miedo.
2. Pelvis estrecha: desproporción pélvico-cefálica.
3. Desproporción céfalo-pélvico: cabeza fetal grande.
4. Mala presentación fetal.
5. Disfunción de la contractilidad uterina.
6. Sobredistensión uterina.
7. Distocia cervical: demora en la dilatación del cuello uterino.
8. Doble circular del cordón umbilical.²⁹

Es responsable de aproximadamente el 8% de las defunciones maternas en el mundo, y el niño puede nacer muerto, sufrir asfixia y lesiones cerebrales o morir poco después del parto además en la madre deja secuelas como fistulas obstétricas.³⁰

4.4.1.4 ROTURA UTERINA:

Es la pérdida de solución de continuidad en algún punto de la pared del útero, con mayor frecuencia se localiza en el segmento inferior del útero grávido. Su frecuencia es menor del 1% (0,03-0,07%).²⁷

Factores predisponentes para la rotura uterina han sido la gran multiparidad y el trauma obstétrico, a expensas de trabajos de partos prolongados, fetos macrosómicos, distocias de presentación, versiones externas e internas, partos en podálica y partos instrumentalizados. Actualmente la macrosomía y las distocias de presentación se diagnostican con más frecuencia con ultrasonido, y los partos prolongados e instrumentalizados han sido desplazados por la cesárea.³¹

4.4.1.5 SEPSIS PUERPERAL

Es una complicación que ocurre como consecuencia del parto vaginal o de la cesárea, y se ha visto un incremento debido al aumento de cesárea intraparto y a la aplicación de vigilancia electrónica fetal.

Dentro de los factores de riesgo están: cesárea, estado nutricional de la madre, nacimiento casero en condiciones antihigiénicas, el estado socioeconómico bajo, duración del trabajo del parto, la cantidad de tactos vaginales, estado de

las membranas, vigilancia fetal electrónica por método interno, traumatismos durante el expulsivo, maniobras obstétricas, retención de membranas dentro del útero y hemorragia postparto.³²

Los agentes bacterianos implicados más comunes son el estreptococo del grupo B y otros estreptococos, E. coli, Gardnerella vaginalis, cocos gran negativos, anaerobios, Mycoplasma e infecciones por Clamidia preexistentes.

El tratamiento se inicia antes del resultado del antibiograma en base a los microorganismos que se suponen colonizan habitualmente.³³

4.4.1.6 HIPERTENSION INDUCIDA POR EL EMBARAZO

Desorden que se caracteriza por: hipertensión, edema y proteinuria. Se presenta después de la vigésima semana de la gestación y en la forma más grave termina en convulsiones o coma. Se excluye a aquellas mujeres que presentan una enfermedad renal o vascular previa.

No se conoce claramente su etiología, lo único cierto es la relación que tiene con placenta, el sincitiotrofoblasto, que invade las arterias espirales al principio del embarazo y entre las 14 y 16 semanas, lo cual produce un ensanchamiento del diámetro de las arterias hasta 4 a 6 veces de la que tenían antes del embarazo.³⁴

Clasificación

- ❖ Hipertensión crónica
- ❖ Preeclampsia y eclampsia
- ❖ Preeclampsia asociada a hipertensión crónica
- ❖ Hipertensión gestacional diagnosticada después de las veinte semanas de gestación, sin proteinuria.

El diagnóstico se realiza en base a la presencia de los factores de riesgo mediante una historia clínica prenatal detallada, la PE ha sido diagnosticada cuando se encuentra la tríada de hipertensión, proteinuria, y edema después de las veinte semanas de la gestación y antes de ellas en caso de embarazo molar.³⁵

4.4.1.7 EMBARAZO ECTÓPICO

Embarazo que ha ocurrido como consecuencia de la implantación del blastocisto fuera del endometrio. El 95 a 98% ocurren en las trompas de Falopio. La mortalidad ha disminuido en los últimos años gracias a los adelantos en el diagnóstico y el tratamiento precoz.

Su etiología se desconoce con exactitud, sin embargo se ha detectado algunos factores de riesgo como: salpingitis, microcirugía tubárica previa, embarazo ectópico previo, adherencias peritubáricas, cesárea anterior, DIU y aborto inducido.

Los síntomas clásicos del embarazo tubárico son: dolor, amenorrea y hemorragia. Puede cursar asintomático cuando aún no ha ocurrido la ruptura, de lo contrario se presenta un cuadro típico.³⁶

4.4.1.8 ABORTOS

La OMS considera como aborto “la terminación espontánea o provocada de una gestación antes de la vigésima semana contando desde el primer día de la última menstruación, cuando el feto no es capaz de sobrevivir fuera del vientre materno”.

ESPONTÁNEO:

Entre el 10 al 15% de todos los embarazos terminan en aborto espontáneo, solo el 35% de todos los huevos fecundados alcanzan su edad gestacional superior a 28 semanas.

Los factores causantes pueden ser maternos y fetales.

- ❖ Fetales o cromosómicos: se relacionan con anormalidades del huevo fecundado, del embrión y de la placenta. El 60% de los embriones o fetos expulsados sufren de anomalías congénitas incompatibles con la vida, las alteraciones

cromosómicas más frecuentes son: trisomías, triploidia, monosomía.

- ❖ Maternos: aquí se encuentran las infecciones y dentro de estas las más importantes son: pielonefritis, procesos respiratorios altos, el paludismo, y la fiebre tifoidea; también entre las causas maternas se encuentran factores endócrinos como la insuficiencia del cuerpo lúteo, hipo e hipertiroidismo, endometriosis; otro factor es de tipo inmunológico, también se incluyen los traumatismos sobre el saco gestacional o la cavidad amniótica, anomalías uterinas.^{37,}

ABORTO EN CONDICIONES INSEGURAS

El aborto en condiciones de riesgo es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “Aquel procedimiento para terminar un embarazo no deseado practicado por personas que carecen de las calificaciones necesarias, o practicado en un ambiente sin las mínimas condiciones de seguridad médicas, o ambos”.

Las complicaciones provocadas por el aborto en condiciones inseguras son causas importantes de mortalidad materna en aquellos países en los que la práctica es ilegal, mientras que su contribución a la muerte materna en los países donde está legalizado es insignificante. El factor más importante para que ocurran las

complicaciones que conlleva la práctica del aborto, es en qué condiciones se lo provoca

Entre el 10% y el 50% de todas las mujeres que sufren un aborto en condiciones de riesgo necesitan atención médica para el tratamiento de las complicaciones: sepsis, hemorragias, lesiones intra-abdominales y otras. El aborto provocado en condiciones inseguras causa el 30 al 50 % de la mortalidad materna en América Latina.

Manejo: La principal causa de mortalidad del aborto en condiciones inseguras es la sepsis para la cual el tratamiento de elección es cefoxitina que se puede utilizar como un solo agente antimicrobiano en el tratamiento del aborto séptico³⁸

Se calcula que cada año se ocurren 75.000.000 de embarazos no deseados en el mundo, de los cuales 20.000.000 finalizan en aborto provocado en condiciones inseguras. De ellos 78.000 costarán la vida a las pacientes y un número no determinado, en caso de sobrevivir dejará secuelas graves, incluida la infertilidad. El 95% de las muertes por complicaciones relacionadas con el aborto provocado se dan en los países subdesarrollados.³⁹

4.5 MORTALIDAD NEONATAL

Se define como la muerte que “ocurre desde el nacimiento hasta los 27 días posteriores al mismo”. Constituye un indicador de las condiciones del embarazo y parto en la población, relacionado con el estado socioeconómico, la oportunidad, el acceso, y la calidad de los servicios de salud. La muerte neonatal y especialmente la muerte neonatal precoz es la más representativa.²

Si bien el país ha alcanzado grandes avances en lo que respecta a la muerte materna e infantil, llama la atención la meseta persistente de la muerte neonatal y el alto porcentaje en que ésta se mantiene ya que constituye el 57% de los casos de muerte infantil, con una tasa de 8.2 por 1000 nacidos vivos, la tasa de mortalidad tardía de 3.2 por 1000 nacidos vivos y la post-neonatal de 8.7 por 1000 nacidos vivos. Las principales causas de muerte registradas en el país, son: trastornos respiratorios, asfixia perinatal, malformaciones congénitas e infecciones, el peso bajo al nacer que no es una causa directa de muerte pero es un factor importante, las tres cuartas partes de muertes neonatales se presentan en los recién nacidos prematuros, y su incidencia refleja el grado de desarrollo de un país, en EEUU uno de cada diez nacimientos es prematuro.^{2, 9,35}

4.5.1 INFECCIONES NOSOCOMIALES

La Organización Mundial de la Salud define una infección nosocomiales como aquella que es contraída en el hospital por un paciente internado debido a una razón distinta de esa infección. Comprende las infecciones contraídas en el hospital, pero manifiestas después del alta hospitalaria y también las infecciones ocupacionales del personal del establecimiento.

Los factores que influyen en la manifestación de las infecciones nosocomiales son: el agente microbiano (resistencia a los antibióticos, virulencia, cantidad del inóculo), la vulnerabilidad de los pacientes (edad, estado de inmunidad, enfermedad subyacente), procedimientos diagnósticos y terapéuticos (biopsias, endoscopias, cateterización, succión), factores ambientales

En cuanto a los neonatos, se define como infección nosocomial cuando nace un niño, y aparece infectado 48-72 h más tarde, de una madre no infectada al ingreso.⁴⁰

4.5.2 RETINOPATIA DEL PREMATURO (ROP)

La Retinopatía del Prematuro (ROP), también conocida como Fibroplasia Retrolental, ocurre en algunos niños que nacen prematuramente y consiste en el desarrollo anormal de los vasos sanguíneos de la retina y comúnmente

comienza durante los primeros días de vida, pudiendo progresar rápidamente, causando ceguera en cuestión de semanas. Entre los factores que están relacionados con ROP se encuentran: bajo peso al nacer, edad de gestación, los niveles elevados de CO₂ en la sangre, anemia, las transfusiones de sangre, hipoxia crónica en el útero, la ventilación mecánica y las convulsiones. El pensamiento actual es que el ROP es causado por la combinación de varios factores, algunos de los cuales ocurren en el útero y otros después del nacimiento.

Los niños que al nacer tienen menos de 1.000 gr de peso, tienen una prevalencia de 5-11% de ceguera; los que pesan de 1.000 a 1.500 gr tienen una prevalencia de 0,3% - 1,1%; y los que pesan más de 1.500 gr no tienen riesgo de ceguera.⁴¹

4.5.3 HEMORRAGIA INTRAVENTRICULAR

La Hemorragia Intraventricular (HIV) es la variedad más común de hemorragia intracraneal del recién nacido y es característica del prematuro.

En la incidencia de la HIV se consideran diferentes parámetros, como son: bajo peso, edad de gestación, edad materna, cuadros respiratorios asociados y las características de los diferentes centros asistenciales. Hay

recordar que el 90% de los nacidos con una edad gestacional de menos 32 semanas hacen HIV.

Cuando se produce un sangramiento, se disemina a los ventrículos laterales, y luego a la fosa posterior, pudiendo producir oclusión de la salida de LCR en el IV ventrículo, o puede ocluirse el acueducto de Silvio y bloquearse el espacio subaracnoideo; todos éstos eventos son los que pueden llevar a que se produzca una hidrocefalia.

El tratamiento va encaminado al manejo de la complicación más frecuente, la hidrocefalia. Una vez detectada la hidrocefalia se impone tratamiento con acetazolamida, y se realizan punciones lumbares evacuadoras de LCR cada 48 horas según US; si persiste hay que pasar a otra fase más agresiva, el tratamiento quirúrgico.⁴²

4.5.4 DISPLASIA BRONCOPULMONAR

Es un trastorno pulmonar crónico que puede afectar a niños pequeños con síndrome de distres respiratorio agudo severo que han estado expuestos a altos niveles de terapia de oxígeno o han estado con soporte ventilatorio durante períodos de tiempo prolongados. Es común entre recién nacidos prematuros cuyos pulmones no se han desarrollado completamente al momento del nacimiento y reciben oxígeno a

altas presiones, asociado además a la toxicidad propia del oxígeno en unos pulmones que todavía están inmaduros.⁴⁹

El riesgo de desarrollar DBP depende en gran medida del peso de nacimiento y la edad gestacional, el que varía entre 50% (< 1 000 gr) a menos de 10% (> 1 500 gr), y que va a depender de los criterios para definirla y del manejo neonatal.^{44, 45}

4.6. CUERPO JURÍDICO CON RELACIÓN A LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA

- **La Constitución Política:**

Con respecto a la salud, la Constitución Política vigente, en el régimen del buen vivir en el capítulo primero, sección segunda, establece que:

El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de la capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con *enfoque de género y generacional* (Art. 358).

El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, *la promoción de la salud, prevención y atención*

integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas. (Art. 359).

La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los *servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes* (Art. 362).

En el Art. 363 se señala que el Estado será responsable de:

Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar *prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario*.

Universalizar la atención en salud, *mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura*.

Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y *proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud*.

Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y ***garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto.***

Con respecto a los derechos de las personas y grupos de atención prioritaria en la sección cuarta en el Art. 43.

El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en período de lactancia los derechos a:

1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativos, social y laboral.
2. La gratuidad de los servicios de salud materna.
3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto.
4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia.¹

4.7. PROGRAMAS, REGLAMENTOS Y NORMATIVAS DEL MSP

En nuestro país aún con el gran avance que se ha logrado en las últimas décadas, continúa siendo uno de los primeros con las más altas tasas de mortalidad materna (CELADE-UNFPA), y más aún desde 1999 cuando el descenso de las muertes maternas se revirtió desde su valor más bajo de 53.8 por mil nacidos vivos a 80.⁴⁶ (INEC,2002), una posible

explicación de ello pudo ser la mejora en los mecanismos de registro que fue impulsada a través de programas ejecutados por el Ministerio público a partir de 1998, dirigidos a atender la salud de las madres y combatir la mortalidad materna.

La gestión del MSP data desde hace décadas, cuando fue creado (1967) y en donde se definió como prioritario a la atención de salud del binomio madre-hijo (UNICEF, 2004). Ya en la década de los 90 sobresale entre las políticas de salud materna la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGAI), la cual garantiza el derecho a 33 prestaciones médicas gratuitas como: control del embarazo, emergencias obstétricas, atención del parto o cesárea, atención posparto, detección de cáncer de útero, acceso a recursos de planificación familiar, atención al recién nacido y enfermedades relacionadas. Al 2004 entre todos los programas sociales estatales la LMGAI tuvo una cobertura de 7.1%, y esto debido a la falta información de la gente, siendo más alta en zonas rurales que en urbanas, en este mismo año el 43.5% se atendieron en hospitales públicos, centros y subcentros de salud, sin embargo resulta alarmante que el 17.9% de partos fueron atendidos todavía en la casa o con una partera.

La mortalidad materna y la salud de las madres son hoy una de las mayores preocupaciones en las políticas de salud, sin embargo el enfoque no ha cambiado ya que se sigue abordando la salud de las mujeres solo como el rol de madres, al respecto se ha catalogado como un avance la creación del Comité de Género en el MSP. En este sentido queda un amplio camino por recorrer de las instituciones para cambiar el enfoque de la salud como simple ausencia de enfermedad por el estado de bienestar físico, mental y social.⁴⁷

En este ámbito el plan nacional de desarrollo en relación al cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos establece como mandato: reducir la muerte materna en un 30%, la muerte infantil en un 25%, la muerte neonatal precoz en un 35%, así como el embarazo en un 25%. También señala la necesidad de aumentar los servicios de salud a las mujeres en cuanto a coberturas de atención de postparto, el acceso a servicios de Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales (Red de CONE), diagnóstico oportuno del Cáncer Cervicouterino (DOC), mejora de la calidad y calidez de los servicios de salud y la reducción de la violencia contra las mujeres, niños, niñas, y adolescentes, entre otros.⁹

4.8. SALUD REPRODUCTIVA: REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA.

Entre el 26 y el 28 de noviembre del año 2008, tuvo lugar en Río de Janeiro, República del Brasil, la XXV Reunión de Ministros de Salud (RMS), la cual contó con la presencia de las Delegaciones de Argentina, Brasil, Paraguay, Uruguay, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú, y la República del Surinam. Los/as Ministros/as firmaron 11 (once) Acuerdos entre los que se destacan: MERCOSUR para la Reducción de la Mortalidad Materna y Neonatal.

En el caso del “Acuerdo MERCOSUR Para la Reducción de la Mortalidad Materna y Neonatal”, su sólo nombre ya deja bien en claro la voluntad de los/as Ministros/as en cuanto revertir una situación que atenta contra los derechos humanos. La protección de la vida de la madre, del recién nacido y de la gestante trabajadora, la mejora de los servicios asistenciales, la humanización de la asistencia y la capacitación de los profesionales que trabajan en esta área son parte de las metas que persigue este acuerdo.⁴⁷

Por otra parte el Consejo Nacional de las Mujeres - CONAMU- organismo rector que norma y regula la inserción del enfoque de género, de públicas, planes, programas, y proyectos y su obligatoria aplicación en todos los organismos del sector público, tiene entre sus fines y

objetivos la igualdad de oportunidades y derechos, asegurar el respeto de sus derechos humanos, el pleno ejercicio de sus derechos de ciudadanía y recomendar el establecimiento del marco jurídico adecuado que garantiza el pleno ejercicio y su aplicación, entre otros.⁴⁸

En el 2004, el Consejo Nacional de la Mujer con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), publican “Ecuador 10 años después” sobre los avances y desafíos del país en los temas más relevantes del Programa de Acción de la Conferencia del Cairo, que constituyen insumos fundamentales de la Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (2005) y de los presentes planes de acción, para su implementación. La Política fue consensuada a través de talleres nacionales y regionales liderados por el consejo nacional de salud (CONASA) y el MSP.

Durante las últimas décadas el MSP del Ecuador, con los integrantes del sistema nacional de salud (SNS), contando con el CONASA como espacio de concertación y coordinación han acumulado una importante experiencia en la implementación de políticas y estrategias costo-efectivas que han permitido consiguientemente reducir la muerte materna y neonatal, en especial la intrahospitalaria.⁹

PLAN DE ACCION DEL CONASA

El plan de reducción de mortalidad materna planteado por el CONASA trata de incidir en el riesgo obstétrico a través de una acción integrada tanto en el contexto individual, familiar como comunitario, respetando la diversidad cultural, los derechos de ciudadanía en salud, sexuales y reproductivos, basadas en principios de equidad, igualdad, solidaridad y universalidad. Sus objetivos tienen cinco ejes: ⁸

- 1. Vigilancia epidemiológica e investigación de la mortalidad materna:** mediante la implementación de un sistema de vigilancia de la mortalidad materna, para así recolectar, investigar, analizar, interpretar y recomendar acciones basadas en las evidencias recogidas.
- 2. Control materno perinatal incluida las emergencias obstétricas:** garantizar la oferta de los servicios integrales de salud en el embarazo, parto, posparto y recién nacido, para desarrollar sistemas integrados de cuidados obstétricos esenciales en primer nivel y completos en segundo y tercer nivel, capacitación oportuna de la mujer embarazada, atención de las emergencias obstétricas, sus complicaciones, referencias y contrarreferencias, todo esto mediante la implementación de:



- Un modelo de mejoramiento de calidad, capacitación clínica en materno perinatal, incluidas las emergencias obstétricas.
- Informe adecuado a la población sobre el curso normal del embarazo, parto y puerperio, importancia de la atención prenatal, reconocimiento de signos y síntomas de riesgo obstétrico con énfasis en población rural e indígena.
- Intensificar prestación de servicios en atención prenatal, fomentando auto cuidado responsable, nutrición, detección temprana de complicaciones obstétricas y padecimientos concurrentes en el embarazo con enfoque intercultural.
- Adaptación cultural de los servicios en las áreas de salud que lo amerite, como atención de parto vertical.
- Establecer mecanismos eficientes de referencia y traslado oportuno para atención de emergencias obstétricas con participación del Comité de usuarias, Consejos de Salud y Juntas Parroquial.
- Establecer un sistema de vigilancia que registre la frecuencia de operación cesárea y así permita el análisis de sus indicadores.

- Capacitar al personal que atiende en las unidades de cuidados obstétricos del recién nacido de acuerdo con las normas de atención de salud de la niñez.
- Fomentar la cultura y práctica de la lactancia materna.
- Promover los derechos sexuales y reproductivos, incluyendo, la opción de la maternidad
- Coordinar con las universidades para introducción en currículum de formación de profesionales que den atención obstétrica, COE y el manejo de complicaciones obstétricas y peri natales
- Fortalecer acciones de alimentación y nutrición, de conformidad con las culturas diversas según normas y recomendaciones internacionales.

3. Aplicación de la ley: para garantizar la gratuidad en la prestación de servicios materno infantiles a la mujer y al niño, y así disminuir la mortalidad materna, peri y neonatal como derecho ciudadano, mediante:

- Información adecuada a la población sobre características del curso “normal” de embarazo, parto y puerperio, de la importancia de la atención prenatal oportuna y del reconocimiento

temprano de los signos y síntomas de complicaciones obstétricas y del recién nacido.

- Conformación y/o reactivación de los Comités de Farmacología y adquisiciones de los hospitales y áreas de Salud.

4. La movilización social con enfoque intercultural: con el objetivo de fortalecer la movilización social, cultural, mediante acciones de información, educación y comunicación, con enfoque de interculturalidad para la prevención del riesgo obstétrico, peri natal y el conocimiento y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, mediante la capacitación de la mujer, familia y la comunidad, la prevención de las tres demoras, vigilancia comunitaria, movilización social y cultural, organización de comité de usuarias; de veedurías sociales culturales, involucramiento de gobiernos locales, seccionales.

5. Conformación de las redes sociales solidarias: Dinamizar a las instituciones públicas y privadas, organizaciones comunitarias locales, provinciales y nacionales, con el fin de construir y fortalecer la red social solidaria para disminuir la morbilidad y mortalidad materna y neonatal.

V. OBJETIVOS:

5.1 OBJETIVO GENERAL

Realizar una Evaluación sobre el acceso, utilización y calidad de atención de los servicios de salud que ofertan Cuidados Obstétricos y Neonatales de Emergencia en el Hospital General de Macas.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

5.2.1 Evaluar en el Hospital General de Macas los servicios obstétrico y neonatal esenciales, en cuanto a: infraestructura, documentación estadística, equipamiento, mobiliario, vestuario, insumos médicos y medicamentos.

5.2.2. Identificar las perspectivas de las mujeres atendidas, familiares y personal de salud sobre: a) conocimientos y actitudes en cuanto a las condiciones de riesgo durante el embarazo, parto y puerperio; b) accesibilidad a los servicios de salud; y c) calidad de la atención obstétrica y neonatal de emergencia.

VI. METODOLOGÍA

6.1 TIPO DE ESTUDIO

Se trata de una investigación descriptiva cuantitativa y cualitativa realizada en una muestra representativa del Hospital General de Macas en las unidades de emergencia obstétrica y neonatal: Los criterios de selección serán altas tasas de morbilidad y mortalidad materna y neonatal, altos índices de pobreza, insuficiente acceso a los servicios básicos, altas tasas de fecundidad y prevalencia de problemas epidémicos, entre otros.

6.2 ÁREA DE ESTUDIO

El ciudad de Macas es la capital de la provincia de Morona Santiago, está ubicado a 366 km de Quito, la capital ecuatoriana y a 231km de la ciudad de Cuenca.

Morona limita al norte con PABLO SEXTO Y HUAMBOYA, al sur con SUCUA, LOGROÑO Y TWINTZA, al este con de TAISHA y al oeste con la provincia de Chimborazo. ⁴

6.3. UNIVERSO, MUESTRA Y UNIDADES DE ANÁLISIS

La investigación se realizó en los servicios de Obstetricia y Neonatología del hospital general de macas.

Unidades de análisis:

Primera unidad de análisis: Servicio de obstetricia que brinda atención obstétrica de emergencia desde la perspectiva del modelo de Cuidados Obstétricos de Emergencia (COE).

Segunda unidad de análisis: mujeres fallecidas en el año 2008, con base en los registros de investigación de los comités de muerte materna entregados por la Dirección Provincial de Salud.

Tercera unidad de análisis: familiares y personal de salud. Se conformó un grupo focal integrado por seis personas, considerando los aspectos metodológicos y técnicos de investigación cualitativa. Los grupos focales se realizaron con tres grupos de personas involucradas en la atención de las emergencias obstétricas y neonatales en las unidades mencionadas anteriormente; el primero, con mujeres que fueron atendidas por presentar una emergencia; el segundo, con familiares de las mujeres; y el tercero, con el personal de salud, conformado por auxiliares de enfermería, enfermeras, internos de medicina, residentes, obstetrices, pediatras y gineco-obstetras.

Cuarta unidad de análisis: servicio de neonatología del Hospital General de Macas, con la finalidad de evaluar los recursos, condiciones, capacitación del personal y prácticas

que corresponde a los servicios de atención neonatal de emergencia.

6.4 VARIABLES:

1. CONE.
2. Infraestructura.
3. Documentación estadística.
4. Equipamiento.
5. Mobiliario.
6. Vestuario.
7. Medicamentos.
8. Condiciones de riesgo.
9. Accesibilidad a los servicios de salud.
10. Calidad de la atención obstétrica y neonatal de emergencia.

(Ver anexo N° 2)

6.5 PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACION, MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS:

Técnicas de investigación utilizadas

Análisis documental

- Bibliografía nacional e internacional, informes, registros y normas nacionales vigentes (fase diagnóstico).
- Revisión de expedientes de vigilancia epidemiológica y registros estadísticos de casos de muerte materna en el Hospital “General de Macas” (fase de encuesta).

Entrevistas semiestructuradas

- Al personal de las unidades de salud, las cuales se realizaron el 29 y 30 de diciembre del 2008 y el 16 y 17 de febrero del 2009. Las personas entrevistadas fueron el director del hospital, internos de medicina, licenciadas y médicos en las distintas áreas del hospital.

Observación directa:

- De la infraestructura, documentación estadística, equipamiento, mobiliario, vestuario, insumos médicos de

los diferentes servicios involucrados en la atención de la emergencia obstétrica y neonatal.

Grupos focales con:

- Mujeres que sobrevivieron a complicación obstétrica y que fueron atendidas en el servicio de salud por emergencia obstétrica, la misma se realizó el 16 de febrero del 2009 y contó con la participación de 5 mujeres.
- Personal de salud que atendió complicaciones y emergencias obstétricas, en donde participaron 2 internos de medicina, 2 médicos residentes, una licenciada de enfermería, un médico general y un médico gineco-obstetra, esta conferencia se realizó en el auditorio del hospital el 17 de febrero del 2009.

Instrumentos de recolección de información

Para recolectar información del primero, segundo y cuarto grupo de análisis se utilizaron nueve formularios semiestructurados con base en los indicadores elaborados por la OPS/OMS, ocho para el área obstétrica y uno para el neonatal, los mismos que fueron adaptados y modificados por un equipo multidisciplinario e interinstitucional de los Hospitales

de la provincia del Azuay en el año 2006 y en la provincia del Guayas en el año 2007.

Para el tercer grupo de análisis se utilizó una guía de grupos focales, en donde por medio de una grabadora se recogió testimonios de los siguientes temas:

- a. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre los signos y síntomas de la emergencia obstétrica.
- b. Percepción de las barreras para la atención de las emergencias obstétricas en los servicios de salud.
- c. Satisfacción de la mujer con respecto a la calidad de la atención en la emergencia obstétrica brindada en las unidades de salud.
- d. Participación interinstitucional y comunitaria para mejorar la calidad de la atención y la protección social a las mujeres en su etapa reproductiva.

Capacitación, trabajo de campo y procesamiento

La capacitación que recibimos estuvo a cargo del Dr. José Ortiz, director del proyecto, evaluación de los servicios de los cuidados obstétricos y neonatales de emergencia en el hospital de general de macas, teniendo en cuenta la experiencia desarrollada en las provincias del Azuay y Guayas.

En el mes de octubre del 2008 se realizó una reunión para la presentación del proyecto. Luego se realizó un taller de capacitación sobre el uso de formularios y procedimientos de la encuesta.

6.6 Procedimientos para garantizar aspectos éticos:

Para garantizar los aspectos éticos, se realizó un grupo focal conformado por las mujeres que sufrieron complicaciones obstétricas o que fueron atendidas en los servicios de salud, y el personal de salud que atendieron complicaciones y emergencias obstétricas, debieron firmar el consentimiento informado, el mismo que contuvo los siguientes aspectos:

- La voluntad de participar
- Objetivo de la investigación
- Los procedimientos a los que se someterá
- El tiempo que durará el estudio
- Los beneficios que recibirá
- La confidencialidad de la información
- Los derechos como participante

6.7. Plan de tabulación y análisis de los resultados:

A la información obtenida mediante los formularios y las guías de grupos focales se les aplicó un análisis cuantitativo



mediante el software EPI Info versión 3.5 y Excel 2007; y a la información cualitativa con el software Atlas Ti versión 4.2. Las medidas estadísticas que utilizaron en el desarrollo de la tabulación de datos son los porcentajes y los cuales serán representados a través de tablas y gráficos según la naturaleza de cada variable.

VII. RESULTADOS

La información obtenida fue proporcionada por autoridades y personal de salud que laboran en el hospital seleccionado. Entre las autoridades entrevistadas estuvieron: El Director, Jefes de departamentos y administradores; y entre los profesionales: Especialistas, Médicos Generales, Médicos Rurales, Médicos Residentes, internos/as, Enfermeras y Auxiliares de Enfermería.

CARACTERÍSTICAS DE LA UNIDAD DE SALUD

El Hospital General de Macas es un hospital general de segundo nivel de atención, pertenece al Ministerio de salud Pública.

Cobertura

La población de referencia es de veinte y seis mil habitantes.

Horarios de Atención

La unidad de salud atiende las 24 horas, durante los siete días a la semana.

El servicio de laboratorio y de rayos X funciona 8 horas, 7 días por semana. Cuando se producen emergencias durante las horas y días restantes las complicaciones obstétricas se derivan al Hospital Regional Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca que se encuentra a 230km de distancia.

Servicios que ofrece el establecimiento de salud

El Hospital General de Macas cuenta con los servicios de: Emergencia, Admisión, Labor de Parto, Quirófano, Hospitalización, Reanimación al recién nacido, Farmacia, Laboratorio, Rayos X, y no dispone de Unidad de cuidados intensivos, sala de alto riesgo obstétrico, ni banco de sangre.

Servicios Básicos en el establecimiento de Salud

El hospital cuenta con los siguientes servicios básicos: alcantarillado, disposición para desechos con hoyo seguro y disposición para desechos según normas de bioseguridad, energía eléctrica, generador eléctrico para emergencias y agua las 24 horas.

Disponibilidad de Medios de Comunicación.

El Hospital cuenta con servicio telefónico, radio, internet y fax.

Referencia y Contrarreferencia

Las referencias se hacen al Hospital Regional Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca, ubicado a 230Km, y 5 horas por vía terrestre y 35 minutos por vía aérea de la ciudad de Macas. Cuenta con ambulancia las 24 horas del día. Los problemas que se presentan en la referencia es la falta de

choferes, no existen inconvenientes en cuanto a la contrarreferencia.

Demanda de Emergencias Obstétricas.

Se solicitó al director del Hospital mencionar tres comunidades de donde provienen las mujeres con problemas relacionados al embarazo, parto y al puerperio; siendo consideradas como las más frecuentes a las siguientes: las ubicadas en la cordillera Cutucú, ubicada a 100km por vía terrestre, y las demás comunidades ubicadas Trans-Cutucú a las cuales sólo se tiene acceso por vía aérea, en un tiempo aproximado de 35 – 40 minutos.

Cuidados Obstétricos de Emergencia en el Hospital General de Macas

Dentro de las acciones que se realizan para la atención de cuidados obstétricos de emergencia consisten en: administración de antibióticos, oxitócicos, anticonvulsivantes, extracción manual de placenta, legrado uterino.

No se realiza transfusión sanguínea ni parto asistido o instrumental. La medicación no se administra teniendo en cuenta guías clínicas basadas en evidencias científicas, tampoco cuentan con protocolos de manejo.

Cabe recalcar que el parto asistido o instrumental que constituye uno de los criterios para determinar el nivel del COE, en completo, básico o incompleto, no ha sido considerado dentro de las normas establecidas por el MSP. No obstante, teniendo en cuenta que los estándares aplicados en esta investigación se sustentan en evidencias científicas, donde se muestran las ventajas de la ventosa o fórceps en el parto asistido o instrumental, se decidió aplicar este criterio para establecer el nivel de las unidades que brindan COE, en virtud de que la finalidad es el mejoramiento de la salud materna y neonatal con prácticas adecuadas, aunque las políticas de salud y experiencias profesionales, no se ajusten con las evidencias científicas.

Nivel de Cuidado Obstétrico de Emergencia Alcanzado

Tabla N° 1
Disponibilidad y Nivel de Cuidados Obstétricos de Emergencia en el
Hospital General de Macas, 2008.

<u>TIPO DE UNIDAD</u>	<u>CUIDADOS OBSTÉTRICOS DE EMERGENCIA</u>	<u>DISPONIBILIDAD</u>	<u>NIVEL DE COE</u>
<u>BASE</u>	Administración de antibióticos parenterales	Si	<u>Incompleto</u>
	Administración de oxitócicos parenterales	Si	
	Administración de anticonvulsivantes y sedantes parenterales	Si	
	Extracción Manual de Placenta	si	
	Aspiración Manual endouterina (AMEU) y Legrado Uterino Instrumental (LUI)	Si	
	Parto Asistido o Instrumental	No	
	Cesárea	Si	
	Transfusiones Sanguíneas	No	

Fuente: Registros de las unidades visitadas.

Elaborado por: Los Autores

Se aplicaron los criterios para evaluar el nivel de Cuidados Obstétricos de Emergencia, teniendo en cuenta las evidencias científicas. En este enfoque el Hospital General de Macas se ubica en el nivel de COE Incompleto, en razón de que no se realiza parto asistido o instrumental y Transfusión Sanguínea. (Tabla N° 1)

7.1 CARACTERÍSTICAS DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD OBSTÉTRICA Y NEONATAL

7.1.1. *Descripción de la morbilidad y la mortalidad obstétrica disponible en los registros de información estadística del servicio de salud estudiado.*

En el Hospital de Macas se revisó el registro estadístico que fue proporcionado por el Sr. Boris Rivadeneira Jefe del departamento de Estadística. La información disponible fue entregada sin restricciones, luego de las gestiones realizadas por las autoridades.

7.1.1.1. *Algunos indicadores de la prestación de servicios*

Tabla Nº 2
Comportamiento de los principales indicadores en el Hospital General de Macas, 2008.

<i>Admisiones</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
Partos vaginales	614	48,89
Primera Cesárea	111	8,84
Cesárea Iteradas	46	3,66
Otras	485	38,61
Total Admisiones	1256	100,00

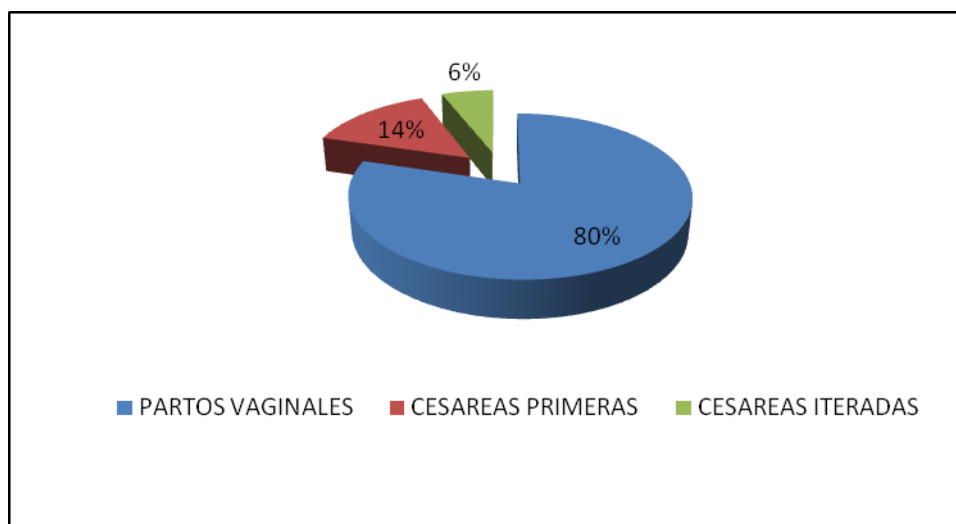
Fuente: Registros de las unidades visitadas.
Elaborado por: Los Autores

Revisado el registro se encontró que durante el periodo de un año (julio 2007 – junio 2008) se acumuló un total de 1256 de admisiones obstétricas.

Se registró un total de 614 (48,89%) partos vaginales en el mismo período.

Del total de admisiones obstétricas En el Hospital de Macas se atendió un total de 157 cesáreas, con un índice global de cesáreas del 12,5%, de las cuales 111 (8,84%) fueron primeras cesáreas, mientras que 46 (3,66%) fueron cesáreas iteradas o subsecuentes. Por último, se registró un total de 485 casos obstétricos que corresponden al 38,61%, tales como: amenaza de aborto, aborto, legrado, distocias, entre otros. (Tabla N° 2).

Gráfico N° 1
Partos y cesáreas atendidas en el Hospital General de Macas, 2008.



Fuente: Tabla N° 22
Elaborado por: los autores

Revisados los registros se encontró que durante el período de un año comprendido entre Julio del año 2007 a Junio del 2008, se acumuló un total de 1256 admisiones obstétricas.

Es importante que se tome en cuenta que el porcentaje de cesáreas globales en el Hospital General de Macas es del 20%, lo que indica un excesivo número de cesáreas en la unidad operativa, ya que para un hospital que brinda COE la proporción aceptable de cesáreas es de un 5 a 15% ² (GRÁFICO N°1).

7.1.1.2. *Análisis de la mortalidad*

De acuerdo con la información obtenida por parte del departamento de estadística se registraron 2 muertes maternas en el periodo de julio del 2007 a junio del 2008, cuyas causas fueron sepsis y taponamiento cardíaco.

7.1.1.3. *Análisis de la Letalidad*

La letalidad materna se obtiene de la relación entre el número de muertes maternas por una enfermedad para el número de mujeres que contraen la enfermedad durante un periodo, razón por la cual este indicador no puede ser medido, debido a que existieron muertes maternas por causas no obstétricas no registradas en el Hospital General de Macas.

7.1.1.4. *Análisis de la morbilidad*

De las 1256 admisiones obstétricas 393 sufrieron complicaciones obstétricas lo cual representa el 31,29% y el 50.97% del total de partos y cesáreas respectivamente.

Tabla N° 3
Morbilidad Materna por causas en el Hospital General de Macas, 2008.

<u>COMPLICACION</u>	<u>Nº</u>	<u>% TOTAL</u> <u>COMPLICACIONES</u>	<u>TASA*</u>	<u>% TOTAL</u> <u>PARTOS</u>
Aborto condiciones inseguras	167	42,49	13,3	21,66
Parto prolongado	92	23,41	7,32	11,93
Otras complicaciones	76	19,34	6,05	9,86
Parto obstruido	18	4,58	1,43	2,33
Hemorragia	12	3,05	0,95	1,56
Aborto espontáneo	9	2,29	0,72	1,17
Hipertensión ind. Embarazo	8	2,05	0,64	1,04
Sepsis puerperal	6	1,53	0,47	0,78
Embarazo ectópico	3	0,76	0,24	0,39
Rotura uterina	2	0,51	0,16	0,26
Total	393	100	31,28	50,98

Fuente: Registros de las unidades visitadas

Tasa por 100 admisiones.

Elaborado por los Autores

Se registraron 393 casos complicados que representan 31,28% de las admisiones, y el 50,98% de los partos atendidos (partos vaginales + cesáreas).

La principal complicación que se registró fue el aborto en condiciones inseguras al tener una tasa de 13,3 por cada 100 admisiones, de ahí en orden de frecuencia se presentó el parto prolongado con una tasa de 7,32, otras complicaciones con 6,05, parto obstruido con 1,43, hemorragia con 0,95, aborto espontáneo con 0,72, hipertensión inducida en el embarazo con 0,64, sepsis puerperal con 0.47, embarazo ectópico con 0,24 y rotura uterina con una tasa de 0,16 por cada 100 admisiones obstétricas. (Tabla N°3)

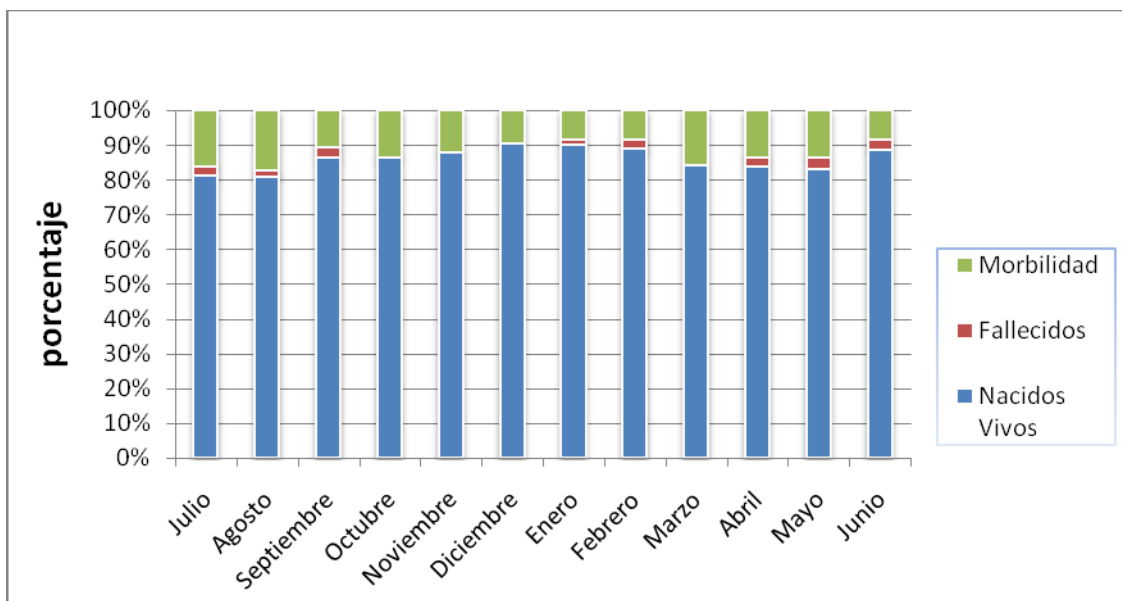
Dentro de la categoría de otras complicaciones se consideraron los partos distócicos que incluyen: presentación podálica, presentación occipital, desproporción cefalopélvica, hipodinamia uterina, retención placentaria, sufrimiento fetal agudo, displasia broncopulmonar, sepsis y desprendimiento prematuro de membranas.

7.1.2. *Características de la mortalidad y morbilidad neonatal*

Para obtener esta información se revisó los datos procesados del departamento de estadística, de los registros del servicio de pediatría.

Grafico N° 2

Distribución de Nacidos Vivos, Neonatos con morbilidad y fallecidos atendidos en el Hospital General de Macas, 2008.

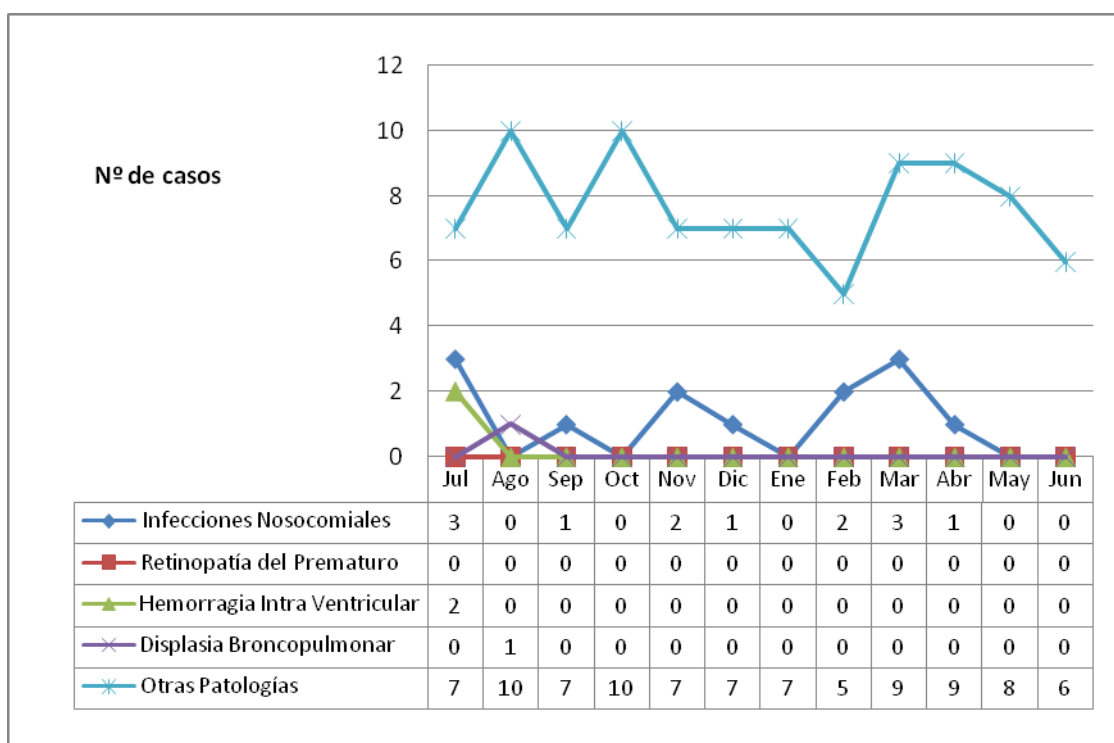


Fuente: Tabla N° 23
Elaborado por: Los Autores

Entre julio del 2007 y junio del 2008 se registraron 764 nacidos vivos de los cuales el 1,83% (14) fallecieron, y el 14,14% presentan patología, con una tasa promedio de 1,55 por cada cien nacidos vivos. (GRÁFICO N°2).

7.1.2.1 Características de la morbilidad neonatal

Gráfico N° 3
Morbilidad neonatal en el Hospital General de Macas, 2008.



Fuente: tabla N° 24

Elaborado por: los autores

Entre julio del 2007 y junio del 2008 se registraron un total de 108 patologías: 13 correspondientes a infecciones nosocomiales, 2 a hemorragia intraventricular, 1 caso de displasia broncopulmonar y los casos restantes corresponden a otras patologías como: hiperbilirrubinemia

neonatal patológica e hiperbilirrubinemia neonatal por Rh y ABO, distres respiratorio, hipertermia, hipoglucemia, íleo paralítico, ano imperforado, meningocele, hidrocefalia (GRÁFICO N°3).

Según datos obtenidos de la entrevista con los médicos del área de pediatría, se nos informó que en caso de existir un neonato con patología o más aún de identificarse un embarazo patológico y de alto riesgo, la conducta a seguir es la transferencia inmediata al hospital de referencia.

7.1.2.2 *Análisis de la mortalidad neonatal*

En el Hospital General de Macas durante el período de Julio 2007 – Junio 2008 existieron 14 muertes neonatales, con una tasa promedio de 1,83 por cada cien nacidos vivos, siendo la mortalidad neonatal precoz con una tasa de 1,31 por cada cien nacidos vivos, mayor que la mortalidad neonatal tardía.

Tabla N° 4
Mortalidad neonatal en el Hospital General de Macas, 2008.

CAUSA	Nº	TASA *
SDRRN**	7	0,91
Inmadurez del recién nacido	3	0,39
Sepsis temprana	3	0,39
Anencefalia	1	0,13
TOTAL	14	1,82

Fuente: registros de las unidades visitadas

Elaboración: los autores

*tasa por cada cien nacidos vivos

** SDRRN: Síndrome de Distres Respiratorio del Recién Nacido

En la tabla N° 4 se puede ver que el SDRRN es la principal causa de muerte neonatal en el Hospital General de Macas con una tasa de 0,91 por cada cien nacidos vivos, seguida de inmadurez del recién nacido y sepsis temprana cada uno con una tasa de 0,39 por cien nacidos vivos, y por último, se presentó un caso de anencefalia que representa una tasa del 0,18 por cada cien nacidos vivos. Si bien la mayoría de las complicaciones en el recién nacido tienen la inmediata referencia hacia el Hospital Vicente Corral Moscoso estas muertes se registraron en esta casa de salud. (Tabla N°4)

7.1.2.3. Caracterización de los cuidados neonatales

Tabla N° 5
Disponibilidad de personal y recursos materiales en los servicios de neonatología Hospital General de Macas, 2008.

RECURSOS MATERIALES	COMPLETOS (%)		INCOMPLETOS (%)		INEXISTENTES (%)
	disponible	No disponible	Disponible	No disponible	
Sala de Partos	-	-	27,23	72,72	-
Personal de enfermería	-	-	40	60	-
Personal Médico	-	-	40	60	-
Equipo para Atención RN	-	-	14,29	83,71	-
Servicios auxiliares	-	-	87,5	12,5	-
Equipo de aspiración	-	-	14,3	85,7	-
Equipo de bolsa y máscara	-	-	-	-	100
Equipo de intubación	-	-	57,14	42,86	-
Medicación	100	0	-	-	-
Elementos para cateterización umbilical	-	-	66,67	33,33	-
Insumos de atención rutinaria	100	0	-	-	-
Elementos para prevención de infección	-	-	57,14	42,86	-
Elementos para profilaxis	100	0	-	-	-
Elementos para rutinas administrativas	-	-	25	75	-
Elementos para termorregulación	-	-	33,3	66,7	-
Elementos para rutinas antropométricas	100	0	-	-	-
Otros elementos RN	-	-	50	50	-
Nivel de cuidados del RN	-	-	42,86	57,14	-
Traslado del RN	-	-	33,3	66,7	-
Atención del binomio madre – hijo	-	-	16,67	83,33	-
Personal de enfermería: formación	-	-	71,43	28,57	-
Personal de Médico	100	0	-	-	-
Servicio de auxiliares	-	-	22,3	77,7	-
Equipamiento	100	0	-	-	-
Equipo para aspiración	-	-	19,3	85,7	-
Equipo de bolsa y máscara	-	-	-	-	100
Varios insumos	100	0	-	-	-
Elementos para el lavado de manos	-	-	57,14	42,86	-
Elementos de apoyo a la lactancia	-	-	-	-	100
Registros	-	-	71,4	28,6	-
Área de internación conjunta	-	-	21,42	78,52	-
TOTAL GENERAL			48,96	51,04	

Fuente: Registros de las unidades visitadas.
Elaborado por: Los Autores

En la unidad de salud se atienden un promedio de 771 partos anuales, no existe un registro estadístico que

muestre cual es el número o porcentaje total de derivaciones anuales.

Comparando con el estándar del formulario No-10 Ecuador, MSP/OPS, Evaluación de necesidades de servicios neonatales; el Hospital de Macas tiene una disponibilidad del 48,96%.

Cuando realizamos el análisis de carencia de personal y recursos en un corte a partir del 50% o más, encontramos que hace falta: planta física de sala de partos, personal de enfermería, personal médico, equipo para atención del recién nacido, equipo de aspiración, elementos de rutina administrativa, nivel de cuidado del recién nacido, equipos de traslado del recién nacido, atención al binomio madre – hijo sano: planta física, servicios auxiliares las 24 horas y el área de internación conjunta.

Además se encuentran elementos como el equipo de bolsa y máscara, elementos para el apoyo de lactancia que tienen una carencia del 100%.

Mientras que los componentes que tienen una disponibilidad del 100% tenemos: medicación, varios insumos de atención rutinaria, elementos para

profilaxis, elementos para rutinas antropométricas y el equipamiento. (Tabla N° 5)

7.1.2.4. Cuidados adecuados brindados al recién nacido.

Tabla N° 6
Cuidados adecuados brindados al recién nacido en el Hospital General de Macas, 2008.

CUIDADOS BRINDADOS	COMPLETOS (%)		INCOMPLETOS (%)		INEXISTENTES (%)
	Disponible	No disponible	Disponible	No disponible	
Infectológico	-	-	90	10	-
Termorregulación	-	-	10	90	-
Cuidado de la piel	-	-	66,6	33,3	-
Cuidados Respiratorios					
• Utilización de halo cefálico	-	-	90	10	-
• Presión positiva	-	-	10	90	-
• Asistencia respiratoria mecánica	-	-	-	-	100
Técnica de aspiración	-	-	66,6	33,3	-
Prevención de retinopatía del prematuro	-	-	0	0	-
Neurodesarrollo	-	-	50	50	-
Dolor	-	-	-	-	100
Monitorización clínica	100	0	-	-	-
Lactancia	-	-	-	-	100
Cuidado centrado en la Familia	-	-	66.6	33.3	-

Fuente: Registros de las unidades visitadas.
Elaborado por: Los Autores

Los cuidados que se cumplen de mejor manera son el control infectológico, respiratorio (Utilización de halo) y la monitorización clínica; aquellos que se cumplen en un 50% o más son los cuidados de la piel, las técnicas de aspiración, cuidado centrado en la Familia con un 66.6 y cuidados en el neurodesarrollo con un 50%, Los



cuidados que se cumplen en menos del 50% son termorregulación 10%, Presión positiva 10% y los que no se cumplen de ninguna manera son las asistencia respiratoria mecánica, la prevención de retinopatía, cuidados en el dolor y lactancia (Tabla N° 6) (ver detalles en Anexo N°4)

7.2. DISPONIBILIDAD DE INFRAESTRUCTURA DEL HOSPITAL GENERAL DE MACAS

El análisis de los resultados se realizó tomando en consideración la disponibilidad y los componentes que faltan de infraestructura en los servicios de sala de emergencia, sala de partos, sala de operaciones, hospitalización y laboratorio clínico.

Tabla N° 7
Disponibilidad de infraestructura del Hospital General de Macas, 2008.

RECURSOS MATERIALES	COMPLETOS (%)		INCOMPLETOS (%)	
	disponible	No disponible	Disponible	No disponible
Infraestructura de emergencia	-	-	53,9	46,2
Infraestructura hospitalización gineco-obstetricia	-	-	66,7	33,3
Infraestructura de sala de partos	-	-	53,9	46,2
Infraestructura en sala de operaciones	-	-	47,4	52,6
Infraestructura de laboratorio	-	-	50	50
TOTAL	-	-	54,38	45,62

Fuente: Registros de las unidades visitadas.
Elaborado por: Los Autores

De acuerdo con los datos expuestos en el Tabla N° 7 el Hospital General de Macas no tiene completos los componentes que forman parte de infraestructura en emergencia, infraestructura en hospitalización de gineco-obstetricia, infraestructura de sala de partos, infraestructura en sala de operaciones e



infraestructura de laboratorio, encontrándose no disponible en un 45,62%; siendo el área de hospitalización de gineco-obstetricia la que más recursos presenta al tener un 66,7% de disponibilidad, y la sala de operaciones es la que tiene menos recursos estando no disponible un 52,6%. (Ver detalles en ANEXO N°5).

7.3 DOCUMENTACIÓN ESTADÍSTICA DEL HOSPITAL GENERAL DE MACAS

7.3.1. Sistema de registros del Hospital de Macas

Tabla N° 8
Características del sistema de registros del Hospital General de Macas, 2008.

REGISTROS ESTADÍSTICOS	Disponible	Fácil acceso	Conservados	Actualizados	Completos
Admisión general	Si	Si	Si	Si	Si
Libro de Partos	Si	Si	No	Si	No
Sala de Obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si
Emergencias	Si	Si	No	Si	No
Sala de Operaciones	Si	Si	Si	Si	Si
Ginecología	-	-	-	-	-
Abortos	-	-	-	-	-
Historias Clínicas	Si	Si	Si	Si	Si
Egresos	Si	Si	Si	Si	Si
Muertes Maternas	Si	Si	Si	Si	Si
Morgue	-	-	-	-	-
Sistema Informático Perinatal	-	-	-	-	-
Referencia/contra referencia	Si	Si	Si	Si	Si
Control de puerperio	-	-	-	-	-

Fuente: Registro de las unidades visitadas
Elaborado por: los autores

Como podemos observar el 64.29% (9) de los registros se encuentran disponibles, el 64.29% son de fácil acceso, el 50% están conservados adecuadamente, 64.29% están actualizados y el 50% son completos, viendo que no existen registros estadísticos de ginecología, sistema informático perinatal y control de puerperio. El registro de abortos consta dentro del registro de admisión general. El



hospital no cuenta con registro de neonatología, los niños de 0 a 28 días son considerados parte del servicio de pediatría. Los controles del neonato de ser necesarios se los registra dentro de la historia clínica de la madre. (Tabla N° 8)

7.4 DISPONIBILIDAD DE EQUIPAMIENTO DEL HOSPITAL GENERAL DE MACAS

Tabla N° 9
Disponibilidad de equipamiento Hospital General de Macas, 2008.

EQUIPAMIENTO	COMPLETOS (%)		INCOMPLETOS (%)		INEXISTENTES (%)
	Disponible	No disponible	Disponible	No disponible	
Equipo básico todos los niveles					
• Emergencia	-	-	66,7	33,3	-
• Hospitalización	-	-	44,4	55,5	-
• Sala partos	-	-	58,8	41,2	-
• Sala operaciones	-	-	46,1	53,9	-
Materiales reposición Periódica					
• Emergencia	-	-	82,35	17,64	-
• Hospitalización	-	-	45,45	54,55	-
• Sala partos	-	-	58,82	41,18	-
• Sala operaciones	-	-	68,18	31,82	-
Equipo para AMEU	-	-	-	-	100
Equipo para anestesia					
• Emergencia	-	-	-	-	100
• Sala partos	-	-	63,6	36,3	-
• Sala operaciones	-	-	78,9	21,1	-
Equipo para cesárea y Laparotomía	-	-	48,4	51,5	-
Equipo para parto	-	-	55,5	44,5	-
Maleta de parto	100	0	-	-	-
Maleta de ropa quirúrgica	-	-	50	50	-
Equipo de legrado					
• Sala partos	-	-	50	50	-
• Sala operaciones	-	-	66,6	33,4	-
• Sala partos	-	-	69,2	30,7	-
• Sala operaciones	-	-	-	-	100
Lencería	-	-	71,4	28,6	-
• Sala de emergencias	-	-	-	-	100
• Sala de partos y operaciones	-	-	40	60	-

Fuente: Registros de las unidades visitadas.

Elaborado por: Los Autores

Conforme con lo visto en la Tabla N° 9 el Hospital General de Macas tiene completo solamente la maleta

de parto. No tiene completos los componentes que forman parte de equipo básico en todos los niveles, materiales de reposición periódica, equipo para anestesia en sala de partos y operaciones, equipo para cesárea y laparotomía, maleta de ropa quirúrgica, equipo de legrado, lencería y equipo para sutura perineal/vaginal/cervical en la sala de partos y operaciones. Además el hospital carece de equipo para AMEU, equipo para anestesia en sala de emergencias, equipo de resucitación neonatal y equipo para sutura perineal/vaginal/cervical en la sala de emergencias. (Ver detalles en anexo N° 6)

7.4.2. Disponibilidad de equipos y materiales de laboratorio clínico:

Tabla N° 10

Disponibilidad de equipos y materiales de Laboratorio Clínico del Hospital General de Macas, 2008.

DISPONIBILIDAD	COMPLETOS (%)		INCOMPLETOS (%)		INEXISTENTES (%)
	Disponible	No disponible	Disponible	No disponible	
Equipos y materiales	-	-	39,13	60,87	-
Materiales para diagnóstico de malaria	-	-	56,15	43,75	-
Microscopía	100	0	-	-	-
Contaje total y diferencial de leucocitos	-	-	72,73	27,27	-
Estimación de hemoglobina	-	-	-	-	100
Hematocrito y volumen fragmentado de eritrocitos	100	0	-	-	-

Fuente: Registros de las unidades visitadas.
Elaborado por: Los Autores

El Hospital de Macas tiene completo los equipos y materiales para Microscopía y para la determinación de hematocrito y volumen fragmentado de eritrocitos. No tiene completos los equipos y materiales que forman parte de equipo básico de Laboratorio Clínico, los materiales para el diagnóstico de malaria y los materiales para el conteo total y diferencial de leucocitos. Además el hospital carece de equipo para la estimación de hemoglobina. (Tabla N°10) (Ver detalles en anexo N° 7)

7.4.3. Disponibilidad de equipos de transfusión de sangre

El Hospital de Macas no cuenta de un banco de sangre ya que se encuentra en construcción, por lo que no realiza transfusiones.

Si bien en los hospitales cantonales, de acuerdo con el estándar del formulario No-5 Ecuador, MSP-OPS, no es necesario el banco de sangre; no obstante, se requiere que los laboratorios estén bien equipados y cuenten con infraestructura y equipos adecuados para depósitos de sangre, que en la unidad de salud en estudio se encuentra en proceso de construcción.

7.5 DISPONIBILIDAD DE MOBILIARIO DEL HOSPITAL GENERAL DE MACAS.

Tabla N° 11
Disponibilidad de mobiliario del Hospital General de Macas, 2008.

MOBILIARIO	COMPLETOS (%)		INCOMPLETOS (%)	
	Disponible	No disponible	Disponible	No disponible
Sala de emergencia	-	-	46,2	53,9
Hospitalización gineco-obstetricia	-	-	50	50
Sala de partos	-	-	35,3	64,7
Sala de operaciones	-	-	28,6	71,4

Fuente: Registros de las unidades visitadas.

Elaborado por: Los Autores

Comparado con el estándar del formulario No-4 Ecuador, MSP-OPS el Hospital de Macas tiene el mobiliario incompleto en todas sus salas, siendo la sala de operaciones la que cuenta con menos recursos al no encontrarse disponible el 71,4% de componentes. (Tabla N°11) (Ver detalles en anexo N° 8)

7.6 DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS PARA EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE MACAS

7.6.1. Disponibilidad de medicamentos para emergencias obstétricas en farmacia y bodega.

Tabla Nº 12
Disponibilidad de medicamentos para emergencias obstétricas en farmacia y bodega en el Hospital de Macas, 2008.

MEDICAMENTOS EN FARMACIA Y BODEGA	COMPLETOS (%)		INCOMPLETOS (%)	
	disponible	No disponible	Disponible	No disponible
Antibióticos	-	-	63,15	36,85
Desinfectantes	-	-	28,57	71,43
Esteroides	100	0	-	-
Medicamentos para reanimación	-	-	64,29	35,71
Disponibilidad de líquidos	-	-	42,9	57,1
Anticonvulsivantes	-	-	33,4	66,6
Antihipertensivos	-	-	25	75
Anestésicos/analgésicos	-	-	46,7	53,3
Medicamentos para malaria	-	-	33,3	66,7
Tocolíticos	-	-	14,29	85,71
Otros medicamentos	-	-	66,6	33,4
Anticonceptivos	-	-	50	50

Fuente: Registros de las unidades visitadas
Elaborado por: Los Autores

Comparando con el estándar del formulario No-6 Ecuador, MSP-OPS, Medicamentos farmacia y bodega; el Hospital General de Macas sólo tiene una disponibilidad del 100% en lo referente a esteroides, los demás medicamentos se encuentran incompletos siendo los antihipertensivos los menos existentes con

una disponibilidad del 25%. (Tabla N°12) (Ver detalles en anexo N° 9)

7.6.2. Disponibilidad de medicamentos para emergencias obstétricas en el Hospital de Macas.

Tabla N° 13
Disponibilidad de medicamentos para emergencias obstétricas en el Hospital de Macas, 2008.

Fuente: Registros de las unidades visitadas

MEDICAMENTOS PARA EMERGENCIAS OBSTRÉTICAS	COMPLETOS (%)		INCOMPLETOS (%)	
	disponible	No disponible	Disponible	No disponible
Sala de emergencias	-	-	64,28	35,7
Sala de operaciones	-	-	42,8	57,1
Sala de partos	-	-	50	50
Sala de hospitalización	-	-	71,4	28,6
TOTAL			57,12	42,85

Elaborado por: Los Autores

Tomando como referente las evidencias científicas de los meta análisis y ensayos clínicos aleatorios se ha determinado los principales medicamentos para la atención de las emergencias obstétricas siendo estos: ampicilina, ceftriaxona, gentamicina, adrenalina, furosemida, diazepam, sulfato de magnesio, hydralacina, lactato de ringer, oxitocina, hidrocortisona, halotano, salbutamol y pethidine. De esta manera el Hospital de Macas tiene una disponibilidad de medicamentos del 57,12%, siendo la sala de operaciones la de menor disponibilidad del 42,8%.

Cabe recalcar que los medicamentos que menos disponibilidad tuvieron en estas salas fueron el

diazepam, hydralacina, salbutamol y pethidine. (Tabla N°13) (Ver detalles en anexo N° 9)

7.6.3. Disponibilidad y número de medicamentos inyectables

Tabla N° 14
Disponibilidad y número de medicamentos inyectables en el Hospital General de Macas, 2008.

<i>MEDICAMENTOS</i>	<i>DIPONIBILIDAD</i>	<i>CANTIDAD</i>
Ampicilina	Si	2150
Ceftriaxona	Si	2300
Gentamicina	Si	2057
Adrenalina	Si	100
Furosemida	Si	380
Diazepam	No	-
Sulfato de Magnesio	Si	80
Hydralacina	Si	90
Lactato de Ringer	Si	3132
Oxitocina	Si	2311
Hidro cortisona	Si	60
Halotano	No	-
Salbutamol	No	-
Pethidine	No	-

Fuente: Registros de las unidades visitadas.
Elaborado por: Los Autores

Para el análisis de la disponibilidad de medicamentos se seleccionaron de cada grupo a los más importantes y frecuentemente usados, teniendo como referente las evidencias científicas de mayor fuerza como los meta-análisis y las investigaciones clínicas aleatorias (ICA).

En el momento de observar la existencia y cantidad de medicamentos básicos el Hospital General de Macas cuenta con: Ampicilina, Ceftriaxona, Gentamicina,



Adrenalina, Furosemida, Sulfato de Magnesio, Hydralacina, Lactato de Ringer, Oxitocina e Hidrocortisona. No disponía de Diazepam, Halotano, Salbutamol y Pethidine (Tabla N° 14).

7.7. CAPACITACIÓN DEL PERSONAL DE MEDICINA Y ENFERMERÍA

Esta información se obtuvo mediante entrevistas realizadas en el servicio de salud. Las entrevistas se realizaron a 39 personas: 2 gineco-obstetras, 5 médico rurales, 2 pediatras, 2 médico generales, 10 enfermera generales, 6 auxiliares de enfermería, 5 médicos residentes, 4 internos de medicina, 3 anestesiólogo, y 1 laboratorista.

Se realizó con el fin de conocer el grado de capacitación del personal de salud durante los últimos tres años, acerca de los siguientes temas: aborto, embarazo ectópico, mola hidatiforme, desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta, placenta previa, retención placentaria, acretismo placentario, atonía/hipotonía uterina, parto obstruido, parto prolongado, rotura de útero, sepsis, hipertensión inducida por la gestación y resucitación neonatal.

En general, en los últimos tres años, se observan índices más elevados de capacitación en el personal de medicina que en el de enfermería en todos los temas considerados y estas diferencias son muy llamativas. La frecuencia de la capacitación en el personal de enfermería es muy limitada, comparada con el personal de medicina.

7.7.1. Capacitación del personal de medicina

Tabla N° 15
Capacitación del personal de medicina en el Hospital General de Macas, 2008.

Temas	Gineco-obstetra		Pediatra		M. General		Residente		Interno/a		Médico Rural		Anestesióloga		Laboratorista		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Aborto	2	100	0	0	5	100	5	100	4	100	5	100	0	0	0	0	21	95,5
Embarazo ectópico	2	100	0	0	5	100	4	80	2	50	5	100	0	0	0	0	18	81,8
Mola hidatiforme	2	100	0	0	5	100	4	80	2	50	5	100	0	0	0	0	18	81,8
DPPNI	2	100	0	0	0	0	4	80	2	50	5	100	0	0	0	0	13	59,1
Placenta previa	2	100	0	0	5	100	4	80	4	100	5	100	0	0	0	0	20	90,9
Retención placentaria	2	100	0	0	5	100	4	80	4	100	5	100	0	0	0	0	20	90,9
Acretismo placentario	2	100	0	0	5	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	31,8
Atonía/hipotonía uterina	2	100	0	0	5	100	4	80	4	100	5	100	0	0	0	0	20	90,9
Parto obstruido	1	50	0	0	0	0	3	60	0	0	2	40	0	0	0	0	6	27,8
Parto prolongado	1	50	0	0	5	100	5	100	4	100	5	100	0	0	0	0	19	86,4
Rotura de útero	1	50	0	0	5	100	3	60	4	100	4	80	0	0	0	0	17	77,3
Sepsis	1	50	1	50	5	100	5	100	4	100	5	100	0	0	0	0	19	86,4
Hipertensión inducida por la gestación	1	50	0	0	5	100	5	100	4	100	5	100	0	0	0	0	20	90,9
Resucitación neonatal	1	50	2	100	5	100	5	100	4	100	5	100	0	0	0	0	22	100
Personal total	2		2		2		5		4		5		3		1		24	67,9

Fuente: Registros de las unidades visitadas.
Elaborado por: Los Autores

El 100% de los pediatras han sido capacitados en el tema de resucitación neonatal, cabe destacar que los demás temas no competen a su especialidad, aunque en sus cursos se recibió información acerca del aborto.

En cuanto a los gineco-obstetras el 50% no se capacito en temas como: parto obstruido, parto prolongado, rotura

de útero, sepsis, hipertensión inducida por el embarazo y resucitación neonatal.

El 100% de médicos generales fueron capacitados en todos temas abordados menos en el tema de DPPNI.

El 50% de internos no fueron capacitados en temas como: embarazo ectópico, mola hidatiforme y DPPNI, y todos los internos no recibieron ninguna capacitación sobre acretismo placentario y aborto obstruido.

El 80% de médicos residentes fueron capacitados en la mayoría de temas, menos en temas como acretismo placentario, aborto obstruido.

De los médicos rurales han recibido una buena capacitación menos en temas como acretismo placentario, aborto obstruido y rotura de útero

Los anestesiólogos y laboratoristas no fueron capacitados en ninguno de estos temas. (Tabla N° 15)

7.7.2. Capacitación del personal de enfermería

Este personal es el que menos se encuentra capacitado ya que menos del 40% ha recibido una correcta preparación sobre todos los temas planteados.

Tabla N° 16

Capacitación de enfermería en el Hospital General de Macas, 2008.

<u>Temas</u>	<u>Auxiliar</u>		<u>Enf. General</u>		<u>Total</u>	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Aborto	6	100	10	100	16	100
Embarazo ectópico	4	66,67	4	40	8	50
Mola hidatiforme	0	0	0	0	0	0
DPPNI	0	0	6	60	6	37,5
Placenta previa	0	0	7	70	7	43,75
Retención placentaria	0	0	7	70	7	43,75
Acretismo placentario	0	0	0	0	10	62,5
Atonía/hipotonía uterina	0	0	6	60	6	37,5
Parto obstruido	0	0		0	0	0,0
Parto prolongado	0	0	6	60	6	37,5
Rotura de útero	0	0	4	40	4	25
Sepsis	2	33,33	6	60	8	50
Hipertensión inducida por la gestación	4	66,67	10	100	14	87,5
Resucitación neonatal	0	0	10	100	10	62,5
Total personal	6		10		16	36,3

Fuente: Registros de las unidades visitadas.

Elaborado por: Los Autores

El 100% de las auxiliares recibieron capacitación sobre el tema del aborto, un 66,67% recibieron capacitación sobre embarazo ectópico e hipertensión inducida por el embarazo, y un 33,3% sobre sepsis. Acerca de los otros temas no se recibió ningún tipo de capacitación.

Mientras que las enfermeras generales vinculadas al COE en un 100% recibieron capacitación sobre el aborto, hipertensión inducida por la gestación y resucitación neonatal, el 70% recibió capacitación sobre placenta previa, retención placentaria, el 60% sobre sepsis, parto



prolongado, atonía/hipotonía uterina, DPPNI y el 40% recibió capacitación sobre embarazo ectópico y rotura de útero. (Tabla N° 16)

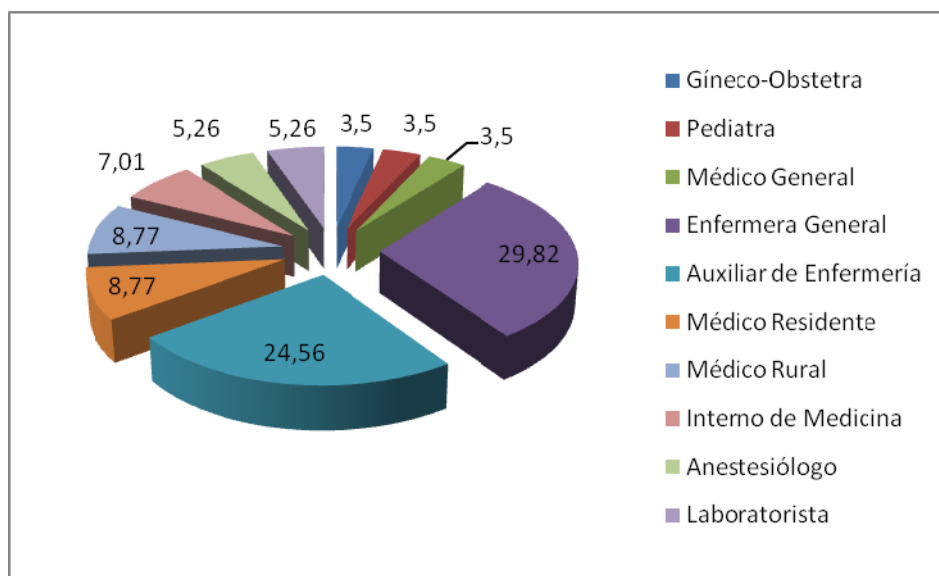
7.8 PRÁCTICAS EN CONE EN EL HOSPITAL GENERAL DE MACAS

7.8.1. Recursos que atienden el Parto

El personal de salud que atiende directamente a la madre y al neonato durante el periodo del parto normal en la unidad son: Gineco – Obstetra, Pediatra, Médico General, Enfermera General, Médico Residente, Médico Rural e Interno/a de medicina.

7.8.2 Distribución del personal del Hospital

Gráfico N° 4
Disponibilidad de Personal en el Hospital General de Macas, 2008.



Fuente: Tabla N° 21
Elaborado por: los autores

En el Hospital General de Macas el 29,82% de personal corresponde a enfermeros generales, seguido de auxiliares de enfermería con un porcentaje de 24,56%, luego van los médicos residentes y rurales con un 8,77% cada uno, los internos de medicina ocupan el 7,01%, los

médicos generales y laboratoristas con un 5,26% respectivamente, y finalmente con un 3,5% del total del personal de salud corresponden a las especialidades de gineco-obstetras, pediatras y médicos generales. El hospital carece de obstetrices e Internos/as de enfermería (Gráfico N° 4)

En cuanto a la distribución del personal de salud los médicos Gineco-obstetra, pediatra, y médico general, enfermera general, auxiliar de enfermería, médico residente, médico rural, interno de medicina, anestesiólogo y laboratorista tienen acceso a las áreas de sala de maternidad, sala de operaciones, atención en labor y parto. El gineco-obstetra, pediatra y médico general tienen además acceso a consulta externa y radiología.

7.8.3. Personal Entrenado y autorizado para proveer COE y otros cuidados especiales

Todo el personal de Gineco-obstetra, Pediatra, Médico General, Enfermera General, Auxiliar de Enfermería, Médico Residente, Médico Rural, Interno/a y Anestesiólogo, están capacitados para administrar antibióticos parenterales, anticonvulsionantes parenterales, aunque en este hospital no se realizan transfusiones de sangre.



A su vez la mayoría del personal está autorizado para administrar Oxitócicos parenterales, a excepción del Pediatra, Enfermera General y Auxiliar de Enfermería, sin previa prescripción médica.

Los únicos médicos capaces de realizar una extracción manual de placenta y atención de partos pélvicos son: Gineco-obstetra, Médico General, Médico Residente, Médico Rural, y Anestesiólogo.

El personal capaz de realizar una extracción de restos del embarazo o legrado uterino, y realizar partos vaginales asistidos mediante aspiración o fórceps es: el Gineco-obstetra, Médico Residente y Médico Rural.

En el Hospital General de Macas es el Médico Gineco-obstetra el único autorizado y capacitado para realizar una cesárea.

A su vez todos los médicos pueden realizar una resucitación a un recién nacido, exceptuando el personal de Enfermera General y Auxiliar de Enfermería.

7.8.4. Médicos y Enfermeras vinculados al COE

Tabla N° 17
Médicos y Enfermeras disponibles y vinculados al COE en el Hospital General de Macas, 2008.

<u>PERSONAL DE SALUD</u>			<u>PERSONAL VINCULADO AL COE</u>			
			Personal Médico		Personal de Enfermería	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Gineco-Obstetra	2	5,13	2	5,13	0	0
Pediatra	2	5,13	2	5,13	0	0
Médico General	2	5,13	2	5,13	0	0
Enfermera General	10	25,64	0	0,00	10	25,64
Auxiliar de Enfermería	6	15,38	0	0	6	15,38
Médico Residente	5	12,82	5	12,82	0	0
Médico Rural	5	12,82	5	12,82	0	0
Interno/a de Medicina	4	10,26	4	10,26	0	0
Anestesiólogo	3	7,69	3	7,69	0	0
Total	39	100,00	24	58,98	16	41,02

Fuente: Registro de las unidades visitadas

Elaborado por: Los autores

En el hospital se cuenta con un total de 40 personas, entre médicos y personal de enfermería vinculados al COE. Del personal médico, 24 (60%) y 16 del personal de enfermería (40%) están vinculados al COE (Tabla N°17).

Del personal médico asignado al COE en el Hospital General de Macas, representan un 5,13% especialistas gineco-obstetras, médico general y pediatras, un 7,69% los anestesiólogos. Un 10,26% los internos de medicina y un 12,82% los médicos residentes y los médicos rurales. Como se puede observar el mayor peso cuantitativo en la asignación del personal médico al Hospital para labores del COE constituyen los residentes y rurales, que es personal en formación.

En el Hospital General de Macas del total de trabajadores de la salud asignados al COE, el 25,64% corresponde al personal de enfermería y el 15,38% corresponde a las auxiliares de enfermería. (Tabla N° 17).

7.8.5. Turnos Nocturnos

Tabla N° 18
Disponibilidad de Personal médico y de enfermería en turnos nocturnos, vinculados al COE en el Hospital General de Macas, 2008.

<u>PERSONAL DE SALUD</u>	<u>EQUIPO NOCTURNO</u>	
	<i>Nº</i>	<i>%</i>
Gineco-Obstetra	0	0
Médico General	0	0
Enfermera General	0	0
Auxiliar de Enfermería	6	46,15
Médico Residente	3	23,07
Médico Rural	2	15,38
Interno de Medicina	2	15,38
Anestesiólogo	1	7,14
Total	14	100

Fuente: Registro de las unidades visitadas
Elaborado por: los autores

El personal de salud vinculado al COE que realiza turnos nocturnos son: médico residente, médico rural, interno de medicina, auxiliar de enfermería, y anestesiólogo.

De las 14 personas asignadas al COE que realizan turnos nocturnos, el 46,15% corresponden a auxiliares de enfermería, el 15,38% a médico rural, 15,38% internos de medicina, el 23,07% corresponden a médicos residentes, y el 7,14% Anestesiólogo (TABLA N°18).

Horario disponible

Es importante además dar a conocer la disponibilidad del personal de salud en el hospital General de Macas, tomando en cuenta básicamente el servicio de COE. Todos los días, de Lunes a Domingo, tanto por el día como por la noche, se encuentra al menos un profesional de salud que puede realizar partos normales, COE básicos, realizar cuidados de emergencia al recién nacido, tener acceso y estar relacionado con los medicamentos para COE.

Tabla Nº 19
Horario de los gineco-obstetras, pediatras, y anestesiólogo en el Hospital General de Macas. 2008.

<u>Médico</u>	<u>Horario</u>	<u>Total de horas semanales</u>
Gineco-obstetra #1	7h00 a 12h00 13h00 a 16h00	40 horas
Gineco-obstetra #2	7h00 a 12h00 13h00 a 16h00	40 horas
Pediatra #1	7h00 a 12h00 13h00 a 16h00	40 horas
Pediatra #2	7h00 a 12h00 13h00 a 16h00	40 horas
Anestesiólogo #1	7h00 a 12h00	20 horas
Anestesiólogo #2	7h00 a 12h00	20 horas
Anestesiólogo #3	13h00 a 18h00	20 horas

Fuente: Registro de las unidades visitadas
Elaborado por: Los autores

El horario normal entre la semana es en la mañana de 7h00 a 12h00 y en la tarde 13h00 a 16h00, con un total de 8 horas diarias y 40 horas semanales, los pediatras tienen el mismo horario y los anestesiólogos trabajan dos en la mañana y uno en la tarde, los mismos que van rotando



para hacer los turnos en la noche, así que a más de las 20 horas se suman las de los turnos que realice cada uno de ellos. (TABLA N°19).

7.9. PERCEPCIÓN COMUNITARIA E INSTITUCIONAL DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LAS EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS Y LA MORTALIDAD MATERNA

Con la finalidad de conocer la percepción de los factores relacionados con las emergencias obstétricas y la mortalidad materna desde la visión de la comunidad y del personal de salud se realizaron dos grupos focales, el primero con 7 mujeres y el segundo con 5 profesionales de la salud.

7.9.1. PERCEPCIÓN DE LAS MUJERES

Los conocimientos en relación a las emergencias obstétricas fueron explorados investigando sobre las situaciones que ponen en peligro la vida de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio.

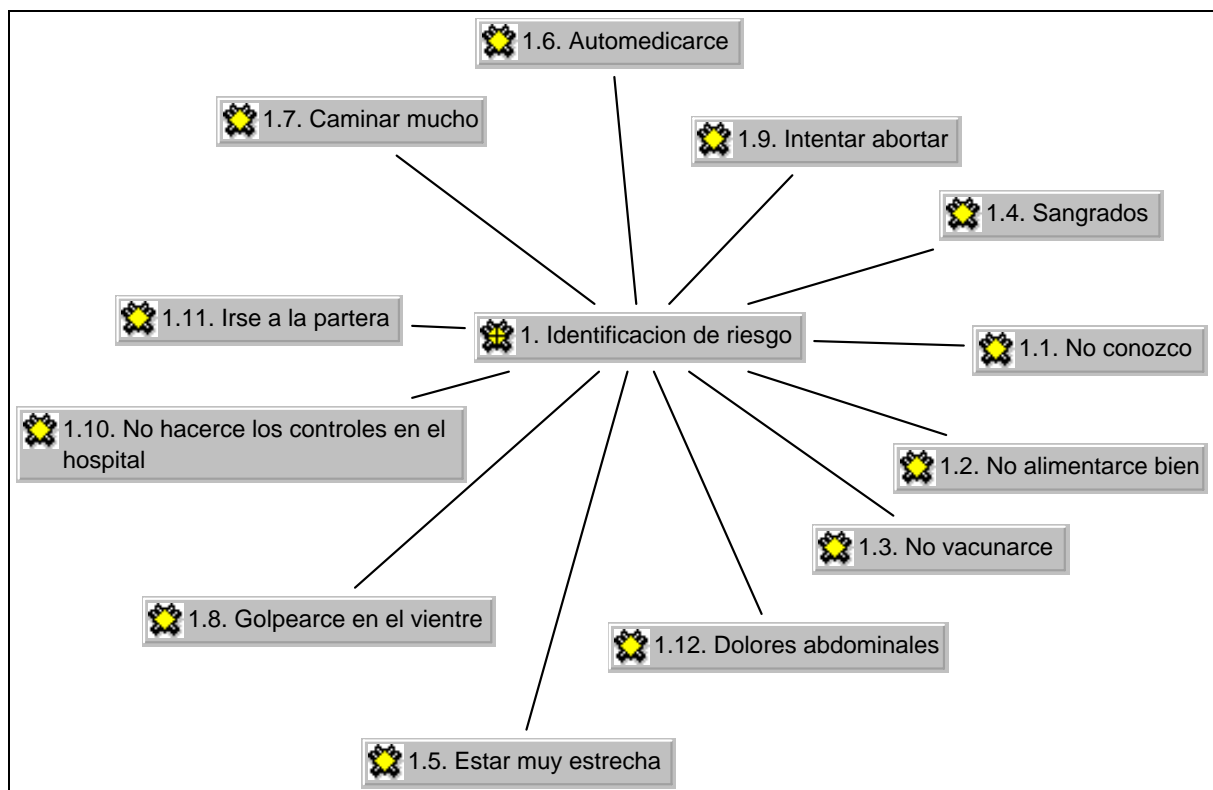
•Identificación de condiciones de riesgo durante el embarazo, parto y puerperio

Las mujeres consideran como peligro: el no vacunarse, no alimentarse bien, no realizarse los controles prenatales, automedicarse, intentar abortar, sangrados, dolores abdominales, tener una pelvis estrecha, traumatismos e irse a la partera (GRÁFICO N°5).

(...) Sé que es malo el no vacunarse, no alimentarse bien, todo eso nos puede afectar (...) hay que vacunarse para evitar el tétanos tanto en la mujer embarazada como en el niño, (...) Pienso que es la falta de alimentación adecuada, no vacunarse y no hacerse los controles aquí en el hospital

Creo que es peligroso el tomar medicamentos sin que el médico le dé (...) también pienso que es malo el caminar mucho porque una se esfuerza mucho(...) Creo que los golpes también pueden afectar en especial cuando una se golpea el vientre (...) el intentar abortar puede ser muy malo porque una no está segura en realidad que puede pasar, puede sangrar mucho o puede dar infecciones al vientre me ha dicho el doctor (Grupo Focal con Mujeres, Hospital General de Macas)

Gráfico N°5
Percepción de las mujeres sobre riesgo durante el embarazo, parto y puerperio, Hospital General de Macas, 2009.



Fuente: Grupo focal de madres atendidas en el Hospital General de Macas
Elaborado por: Los autores

- **Tipo de atención recibida durante el embarazo, parto y puerperio ante un signo o síntoma de riesgo y peligro.**

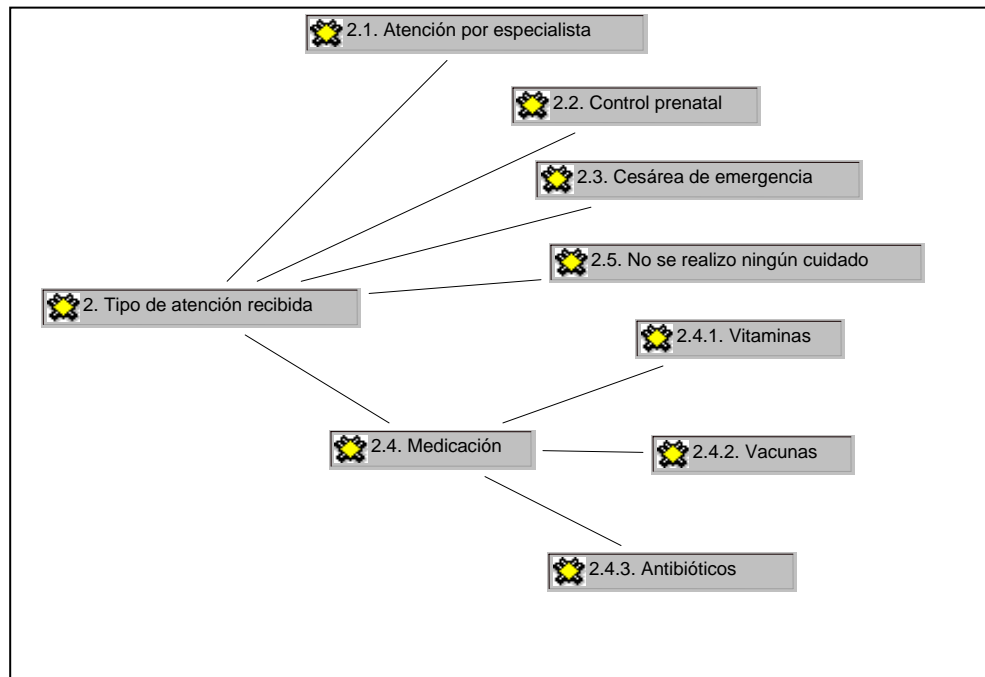
En cuanto a la atención recibida las mujeres consideran como importante la atención por especialista, el control prenatal, cesárea por emergencia y la medicación, por otro lado hay quienes no se han realizado ningún cuidado (GRÁFICO N°6).

El ginecólogo aquí en el hospital porque él es el especialista y sabe de estas situaciones. (...) durante todo el embarazo el me ha visto y me daba lo que yo necesitaba como las vitaminas, vacunas y todo lo que una necesita cuando está embarazada (...) Si recibí los cuidados aquí en el hospital con el doctor Molina, me hizo una cesárea de emergencia porque estaba grave (...) el doctor molina aquí me daba remedios para que todo salga bien en el parto, una vez recuerdo que tenía infección de las vías urinarias y él me dio unas pastillas para curarme

En ese embarazo ella nunca tuvo ningún tipo de tratamiento, ósea con algún médico, nunca se acercó a ninguna casa de salud y cuando ella vino al hospital lo que le hicieron fue una cesárea porque el niño ya estaba muerto,

(...) Si todo lo que se requiere, chequeos mensuales con el doctor Molina (Grupo Focal con Mujeres, Hospital General de Macas)

Gráfico N° 6
Percepción de las mujeres del tipo de atención recibida, Hospital General de Macas, 2009.



Fuente: Grupo focal de madres atendidas en el Hospital General de Macas.
Elaborado por: Los autores

- **Tipo del personal al cual demandan atención durante el embarazo, el parto o el puerperio, ante una situación de peligro:**

Manifiestan que acuden al hospital en primer lugar para el control prenatal, para recibir medicación gratuita como vacunas, en situaciones de peligro que ameritan cesárea y por seguridad

Las madres van a la partera principalmente para acomodar la posición fetal del niño, para recibir medicina tradicional por cercanía y algunas mujeres para el parto

La familia ayuda en el aspecto psicológico, en enfermedades leves y en la ayuda del transporte en situaciones de peligro (GRÁFICO N°7).

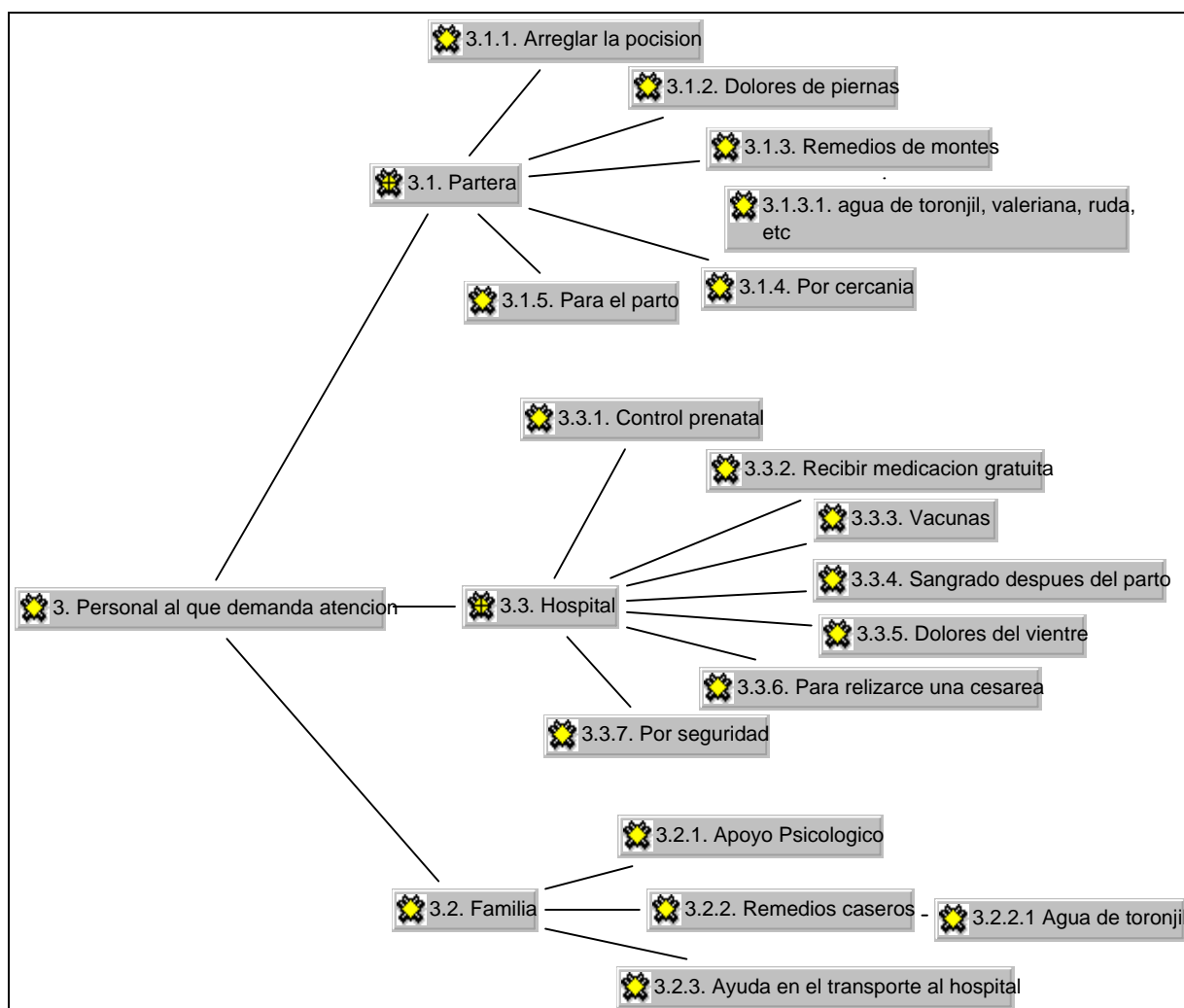
Para la partera para que me dé arreglando al niño cuando está en mala posición, dicen que está metido la cabeza y por eso a una le duelen las piernas (...) también para que den haciendo remedio cuando una tiene dolor del vientre, dan agua de toronjil para los nervios, valeriana, ruda y otras agüitas de montes.(...) como yo vivo lejos me hago ver siempre donde la partera para ver si mi niño está en buena posición y mi hijo anterior tuve con la partera porque a una le hace muy difícil venir al hospital

A la familia en especial para que a una le apoyen cuando está muy nerviosa, como yo vivo un poco lejos a veces cuando tengo algún dolor ellos me dan haciendo alguna agua de algún monte como de toronjil. Así mismo para que me ayuden a irme al hospital cuando estoy mal (...)

(...) Al hospital para hacerse un chequeo para ver como esta mi bebe, para ver que sexo tiene. También para recibir gratuitamente la medicación que dan cuando una está embarazada (...) Para vacunarse y para hacerse los controles aquí con el doctor Molina

(...) Como le dije yo vine al hospital porque después de dar a luz a mi bebe yo quede sangrando mucho y me dolía mucho el vientre. (...) Cuando una no puede dar a luz en la casa como por ejemplo cuando los médicos dicen que está muy estrecha y el niño no pueda salir hay que venir al hospital porque los doctores hacen cesárea (...) En el hospital por seguridad (Grupo Focal con Mujeres, Hospital General de Macas)

Gráfico N° 7
Percepción de las mujeres sobre el personal al cual demandan atención,
Hospital General de Macas, 2009.



Fuente: Grupo focal de madres atendidas en el Hospital General de Macas.
Elaborado por: Los autores

- **Aceptación o rechazo a la atención en las unidades de salud.**

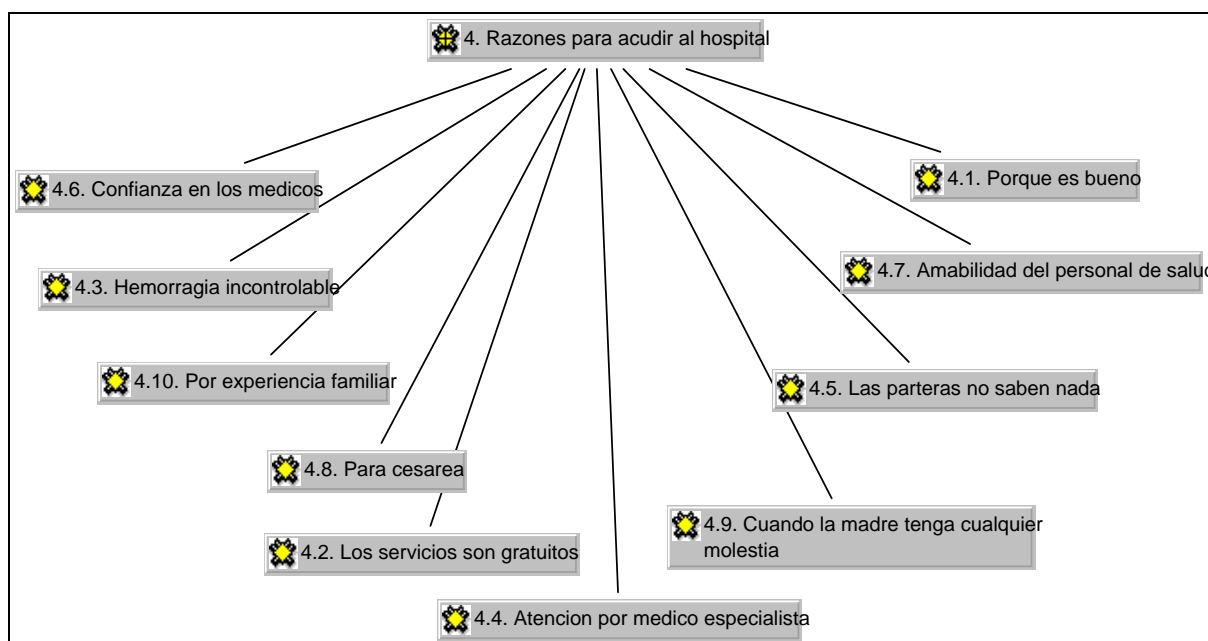
Entre las razones para acudir al hospital es la buena atención por parte del personal de salud, desconfianza en las comadronas, situaciones graves para ellas, atención por especialista, gratuidad del servicio, confianza en los médicos (GRÁFICO N°8).

(...) Primeramente porque es bueno. (...) hay una buena atención por tanto por parte de los médicos, de las enfermeras y en general todos nos atienden muy amablemente y saben lo que hacen (...) Es más para una persona pobre, que no tiene los medios económicos, porque este gobierno nos ha dado una salud gratuita, en eso nos beneficiamos todas las madres (...) Por la gravedad que yo tuve, ósea la hemorragia que yo tuve no pudo controlarme (...) yo no pude dar a luz porque era estrecha y tenía que hacerme una cesárea (...) Aquí una se hace ver con el médico especialista, pues en la casa una no sabe qué mismo pasa y está segura

Porque las parteras no saben nada y a una le mienten y por eso no se está segura y hay que venir al hospital porque aquí los médicos saben que es lo mejor tanto para nosotras las madres como para los niños

Toda mi familia se ha hecho atender aquí y pues todo ha salido muy bien y por eso yo tengo confianza en este hospital y vengo acá. (Grupo Focal con Mujeres, Hospital General de Macas).

Gráfico N° 8
Razones planteadas por las mujeres para acudir al hospital, Hospital General de Macas, 2009.



Fuente: Grupo focal de madres atendidas en el Hospital General de Macas.

Elaborado por: Los autores

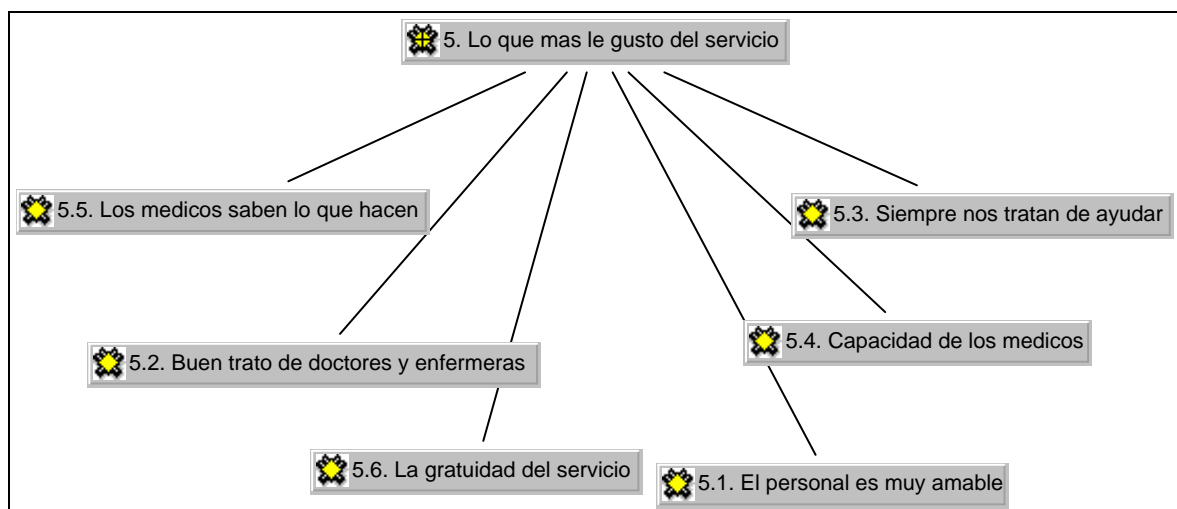
Lo que les gusta a las mujeres del hospital es la atención amable por todo el personal de salud, su interés por ellas y su capacidad para resolver sus problemas además de la gratuidad de los servicios. (GRÁFICO N° 9)

Son muy amables los médicos, las enfermeras, no es como antes a la brava atendían. (...) Todo me gustó, hay buen trato tanto de los doctores como de las enfermeras (...) aquí siempre nos tratan de ayudar y están pendientes de lo que nos pasa

Lo que más me gusto fue la capacidad que tuvieron los doctores para curarme ya que yo vine muy mal y aquí supieron cómo ayudarme (...) Aquí los médicos saben lo que hacen y una siempre está segura aquí porque en la casa cualquier cosa puede pasar

Ahora en estos tiempos la atención ya no cuesta nada y los remedios me dan gratis y eso nos ayuda bastante a nosotros ya que no tenemos muchos recursos como para irnos a una clínica entonces eso también es lo que me gusta del hospital. (Grupo Focal con Mujeres, Hospital General de Macas)

Gráfico No 9
Lo que más les gusta a las mujeres del servicio de salud, Hospital General de Macas, 2009.



Fuente: Grupo focal de madres atendidas en el Hospital General de Macas.
Elaborado por: Los autores

Al referirse a lo que les gustaría cambiar del servicio de salud, lo primero que manifiestan es que se necesita ampliar el área física, más médicos especialistas. En segundo lugar está el carácter de las señoras que entregan las fichas, y también manifiestan que faltan equipos y que haya más atención a los pacientes. (GRÁFICO N° 10)

Que haya más espacio para los consultorios porque aquí viene mucha gente y el espacio no alcanza y una tiene que estar esperando, también creo que sería muy bueno si hubiera más médicos especialistas ya que de esa

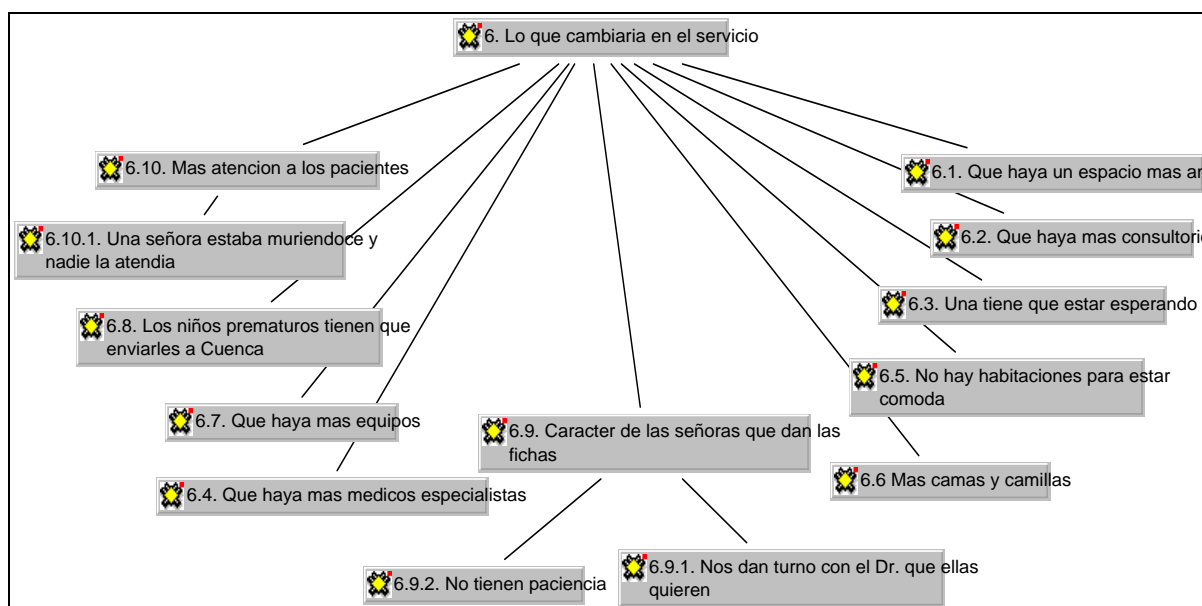
manera no habría que esperar y la atención fuera más rápida y mejor (...) Que sea más amplio, que haya más habitaciones, más camas y mas camillas porque tuve una experiencia en la que yo ya di a luz a mi hijo y no había habitaciones para una estar cómoda y me tuvieron ahí en la camilla por bastante tiempo

Que haya más equipos para la atención de los niños por ejemplo cuando salen antes de hora tienen que enviarle a otro hospital como Cuenca por aquí no hay incubadoras y eso ya es un problema para toda la familia

Un poquito el carácter de las señoras que nos dan las fichas, no nos quieren dar con el doctor que nosotros queremos, nos dan con el doctor que ellas quieren y eso no está bien (...) La atención de las señoras que nos dan las fichas no es muy buena porque no tienen paciencia

Una vez había una señora que ya estaba muriéndose y nadie la atendía, los médicos deben tomar más atención a los pacientes que vienen sumamente mal, se supone que es una emergencia no y para eso deben dar más atención. (Grupo Focal con Mujeres, Hospital General de Macas)

Gráfico N° 10
Lo que a las mujeres les gustaría cambiar del servicio de salud, Hospital General de Macas, 2009.



Fuente: Grupo focal de madres atendidas en el Hospital General de Macas.
Elaborado por: Los autores

Entre las cosas que menos les gustaron a las madres está el carácter para entregar las fichas del personal que trabaja en esa área, el tiempo que tienen que esperar para ser atendidas y la falta de espacio físico. (GRÁFICO N° 11)

Lo que menos me gustó es que hay mucha gente por ejemplo para sacar las fichas, las señoras que entregan las fichas son impacientes, de ahí aparte de eso todo es excelente (...) Lo que menos me gustó fue que una vez había una señora que ya estaba muriéndose y nadie la atendía, los médicos deben tomar más atención a los pacientes que vienen sumamente mal, se supone que es una emergencia no y para eso deben dar más atención

Hay que esperar mucho para que nos atiendan ya que aquí viene mucha gente y hay pocos consultorios, a veces

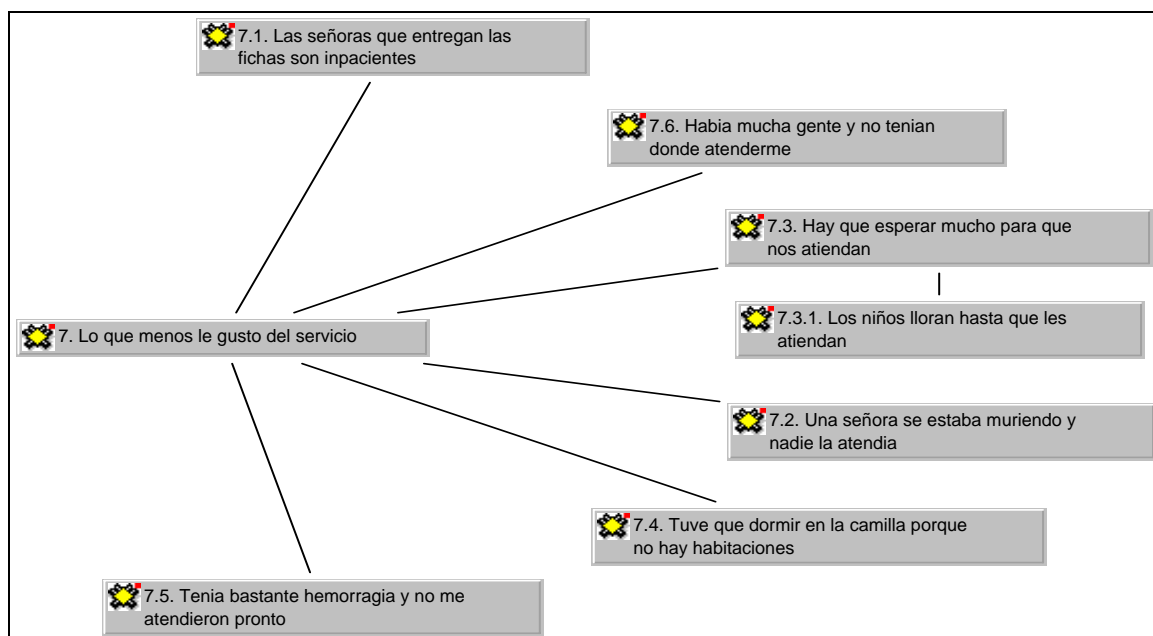
los niños ya no se enseñan y están que lloran hasta que le atiendan.

(...) Lo que no me gusto es que una vez cuando yo tuve a mi primer hijo aquí no había habitaciones y tuve que estar toda la noche en una camilla y eso fue feo porque una no está cómoda después de haber dado a luz.

*(...) Lo que menos me gusto es que cuando yo vine muy mal, tenía bastante hemorragia no me atendieron pronto en emergencia porque justo en ese momento había mucha gente aquí y no tenían donde atenderme, entonces eso para una es feo porque en ese momento se siente muy mal, pero de ahí toda la atención a sido buena.
(Grupo Focal con Mujeres, Hospital General de Macas)*

Gráfico N° 11

Lo que menos les gustó a las mujeres en los servicios de salud, Hospital General de Macas, 2009.



Fuente: Grupo focal de madres atendidas en el Hospital General de Macas.

Elaborado por: Los autores

Entre las razones planteadas por las mujeres para no acudir al Hospital esta el carácter del personal médico y del personal

que da las fichas, la distancia y la falta de compañía familiar sin embargo mayoría manifiesta que no razones para no irse al Hospital (GRÁFICO N° 12)

No creo que haya razones para no venir al hospital (...) Siempre hay que irse al hospital porque ahí es más seguro que en la casa.

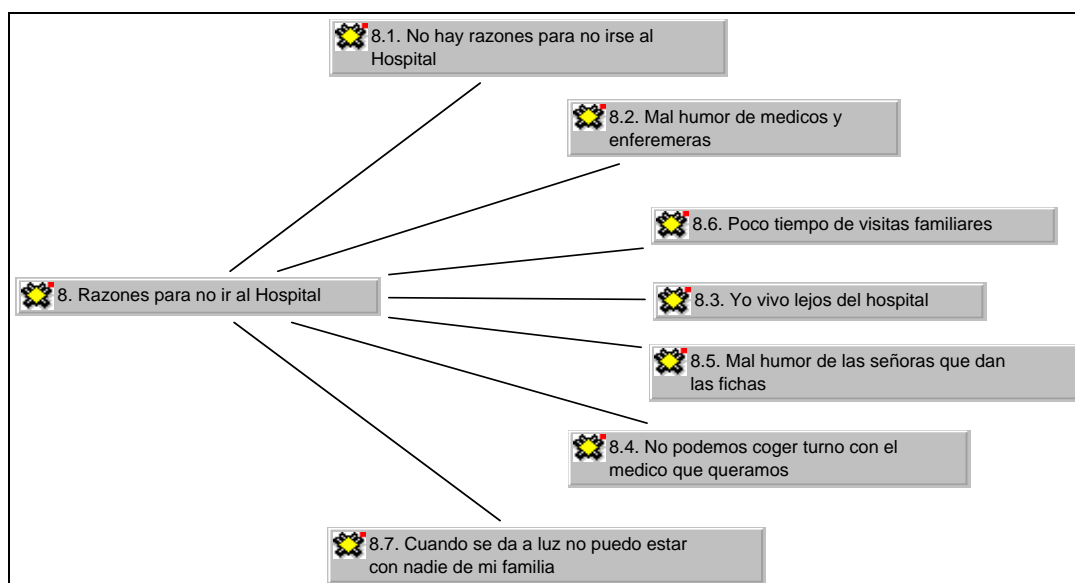
Creo que las únicas razones para no ir al hospital es tal vez es que a veces los médicos o enfermeras no están de buen humor y no hay un buen trato, pero de ahí es siempre mejor venir al hospital.

En mi caso la razón para no venir al hospital es que está muy lejos de donde yo vivo y se hace muy difícil venir, esta vez tuve que venir porque estaba muy mal y nada me hacía bien.

(...) muchas de las veces no podemos coger turno con el médico que nosotras queramos ya que las señoras que entregan las fichas son de mal humor y nos dan el turno con el médico que ellas quieren.

(...) no me gusta quedarme aquí porque una está sola ahí con su niño y no nos dejan que estemos mucho tiempo con la familia como se está cuando una se queda en la casa y tiene a su niño ahí. (...) cuando se da a luz aquí yo no puedo estar con nadie de mi familia en ese momento porque no dejan pasar a nadie y yo creo que en ese momento una se sentiría mejor si esta con alguien conocido. (Grupo Focal con Mujeres, Hospital General de Macas)

Gráfico N° 12
Razones planteadas por las mujeres para no acudir al hospital, Hospital General de Macas, 2009.



Fuente: Grupo focal de madres atendidas en el Hospital General de Macas.

Elaborado por: Los autores

Ante situaciones similares de peligro durante el embarazo, parto y puerperio la mayoría o la totalidad de las mujeres dicen que lo mejor es acudir al Hospital sea en situaciones leves, graves o vivir lejos del Hospital y recomiendan ya no tener el parto en la casa. (GRÁFICO N° 13)

(...) Igual acudiría al hospital, en el nuevo embarazo que tengo también va a ser cesárea

Hacerme los controles pronto aquí en el hospital para ver cómo va mi niño y no tener problemas al final.

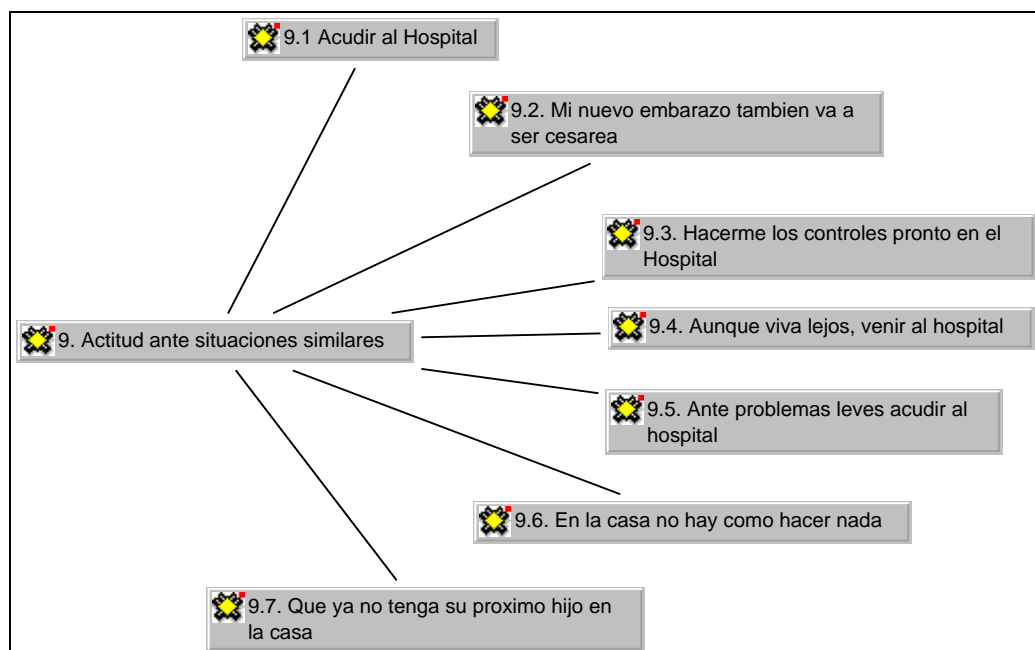
Aunque viva lejos voy tratar de hacer un esfuerzo para venir a tener a mi hija aquí para no tener ninguna complicación (...) Que acuda al hospital directamente aunque tenga problemas mininos como un dolor leve o cualquier cosa porque eso ya puede ser malo para el bebe

Que se haga ver aquí en el hospital para ver que tiene porque en la casa no hay como hacer nada

Yo le recomendaría que su próximo hijo o hija ya no tenga en la casa porque es muy peligroso sino que más bien ella venga aquí al hospital. (Grupo Focal con Mujeres, Hospital General de Macas)

Gráfico N°13

Actitud de las mujeres atendidas ante situaciones similares, Hospital General de Macas, 2009.



Fuente: Grupo focal de madres atendidas en el Hospital General de Macas.

Elaborado por: Los autores

7.9.2 PERCEPCIÓN REFERIDA POR EL PERSONAL DE SALUD

- **Conocimiento sobre información estadística**

La información que tiene el personal de salud acerca de los datos estadísticos son contradictorios ya que algunos refieren que la tasa de mortalidad materna es de 0.2%, algunos no lo conocen y otros dicen que no ha habido mortalidad materna en los últimos tres a cuatro años (GRÁFICO N° 14)

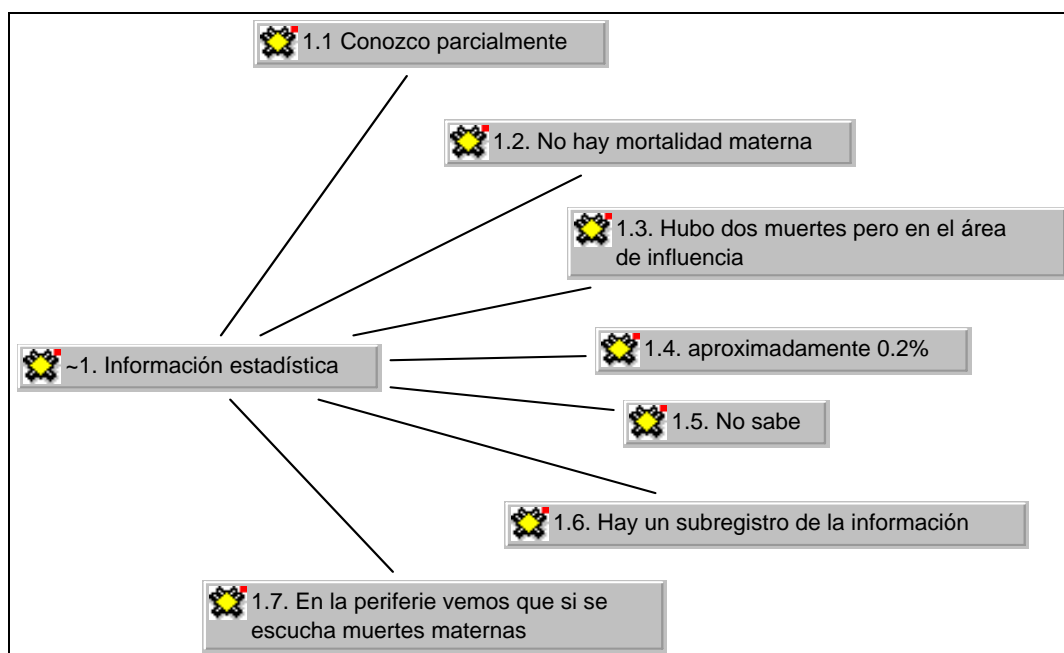
(...) No ha habido mortalidad materna en el presente año en el hospital de Macas; en el área de influenza hubo 2 muertes maternas, una en el hospital de Taisha y Lutinensa (Grupo Focal con Profesionales, Hospital de Macas)

En realidad no sé el número o la cantidad de muertes maternas (Grupo Focal con Profesionales, Hospital provincial de Macas)

En el Hospital provincial de Macas, en estos últimos tres o cuatro años no hemos tenido muertes maternas. Tuvimos una hace 4 años que vino transferida de Transcutucu una paciente que había estado ya dos días con labor de parto, que posteriormente hizo un cuadro séptico y falleció, entonces no tenemos una tasa real de mortalidad; pero en la periferia vemos que si se escucha que hay muertes maternas que no han llegado al hospital y por lo tanto hay un subregistro de la información

Sé que aproximadamente es de 0.2% la tasa de mortalidad materna (Grupo Focal con Profesionales, Hospital General de Macas)

GRÁFICO N° 14
Percepción del personal de salud sobre información estadística,
Hospital General de Macas, 2009.



Fuente: Grupo focal con el personal de salud del Hospital General de Macas

Elaborado por: Los autores

- **Identificación de principales factores de riesgo y posibles complicaciones que pueden enfrentar las mujeres, durante el embarazo, parto y puerperio**

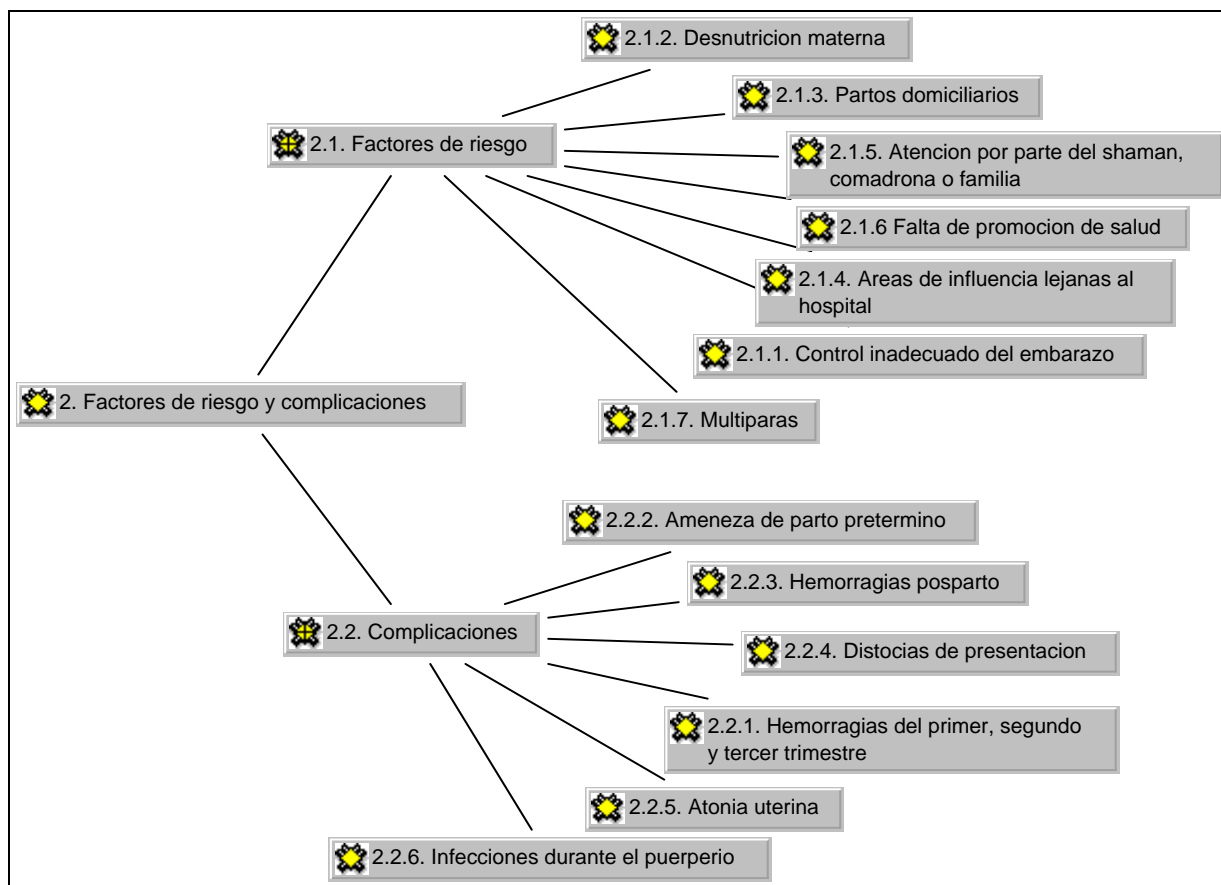
Entre los factores de riesgo que presentan las mujeres para las complicaciones obstétricas, nos refieren que el más importante es la distancia entre los diferentes comunidades especialmente Shuaras y el hospital, así como partos domiciliarios y falta de control durante el embarazo. Las principales complicaciones que se han observado son: hemorragias por retención de restos placentarios que es la más común, amenaza de parto pretermo, partos prolongados, distocias, hemorragias posparto, preeclampsia y eclampsia (GRÁFICO N° 15)



Los principales riesgos para mí son primero control inadecuado de su embarazo, se observa a grosso modo un alto porcentaje de desnutrición materna (...) Generalmente las embarazadas dan a luz en la casa tienen partos domiciliarios y llegan con retención de restos placentarios, generalmente las hemorragias por retención de restos placentarios es el riesgo más importante que nos hemos dado cuenta

En el parto se quedan en sus domicilios y son atendidos por las comadronas y en ocasiones con graves consecuencias, en el puerperio, puede haberse presentado en el puerperio inmediato durante las primeras horas en el que no haya habido un desprendimiento de la placenta y por lo tanto puede presentarse una hemorragia posparto, una atonía uterina y posteriormente puede presentarse infecciones durante el puerperio. (Grupo Focal con Profesionales, Hospital General de Macas)

Gráfico N°15
Factores de riesgo y complicaciones obstétricas que enfrentan las mujeres embarazadas, según el personal de salud, Hospital General de Macas, 2009.



Fuente: Grupo focal del personal de salud del Hospital General de Macas
Elaborado por: Los autores

- **Condiciones de los servicios de salud para dar respuesta adecuada a la demanda de atención de mujeres que presentan algún tipo de riesgo o complicación**

Los médicos refieren que si existe la capacidad de atender las emergencias obstétricas que se presentan en cualquier momento ya que tienen tanto los recursos humanos como los recursos materiales adecuados para este tipo de complicaciones; también nos refirieron que a veces la falta de

espacio físico les dificulta la atención adecuada (GRÁFICO N° 16).

Si, tratándose de un hospital de tercer nivel yo pienso que nosotros tenemos toda la infraestructura para atender

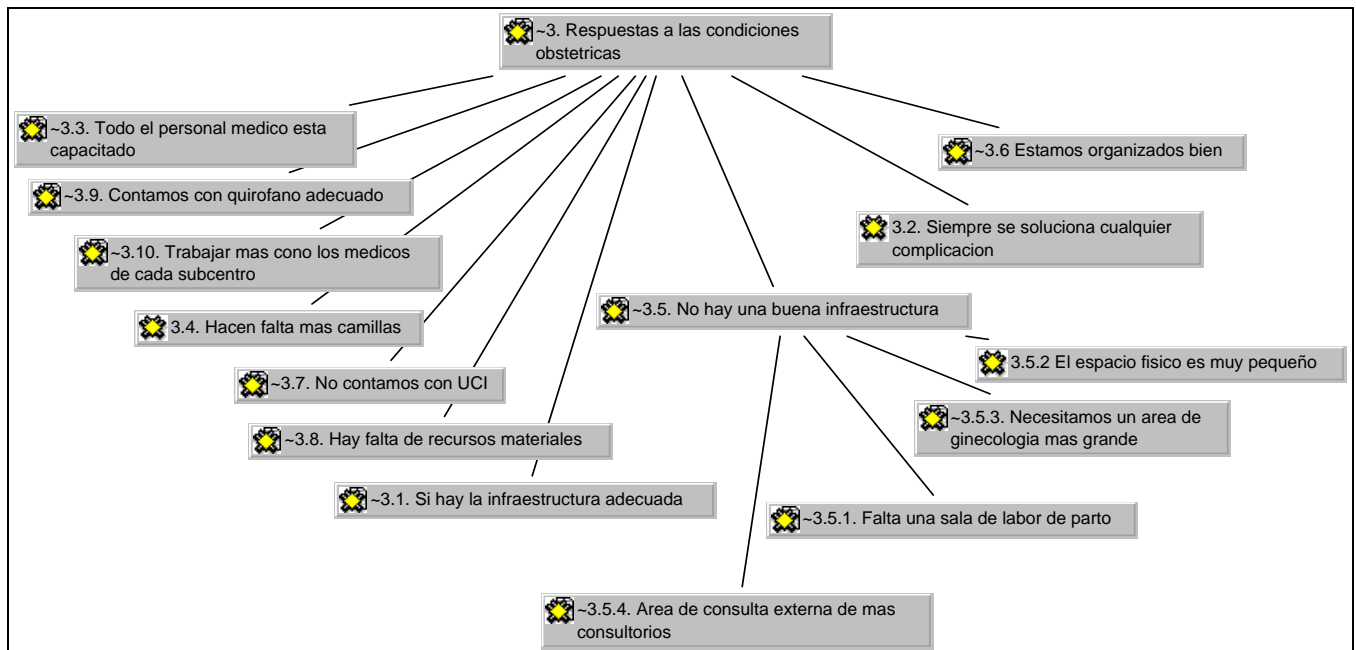
Yo creo que sí, siempre se ha solucionado cualquier tipo de complicación obstétrica de manera inmediata

(Grupo Focal con Profesionales, Hospital provincial de Macas)

Por supuesto que sí, nosotros tenemos aquí todos los medios, últimamente tenemos laboratorio, lo que son unidades de sangre, igualmente la parte médica creo que estamos todos preparados, todos tenemos un cuarto nivel de formación por lo tanto podemos dar mejor atención a las complicaciones obstétricas (Grupo Focal con Profesionales, Hospital General de Macas)

(...) Si, realmente hay profesionales muy preparados como para enfrentar cualquier tipo de complicación durante el embarazo parto y puerperio, pero hay ciertas ocasiones en que la misma falta de espacio físico hace que se transfiera a otros centros de salud (Grupo Focal con Profesionales, Hospital General de Macas)

Gráfico N° 16
Puntos de vista del personal de salud sobre las respuestas a las complicaciones obstétricas, Hospital General de Macas, 2009.



Fuente: Grupo focal con el personal del Hospital General de Macas

Elaborado por: Los autores

Con respecto a las condiciones que cambiarían en el Hospital el personal refiere que necesitan adecuar mejor el espacio físico, más médicos especialistas, trabajar con los subcentros de salud y una mejor capacitación a las mujeres embarazadas para prevenir las complicaciones (GRÁFICO No 17)

(...) Necesitamos más médicos especialistas y la disposición en el área de consulta externa de más consultorios

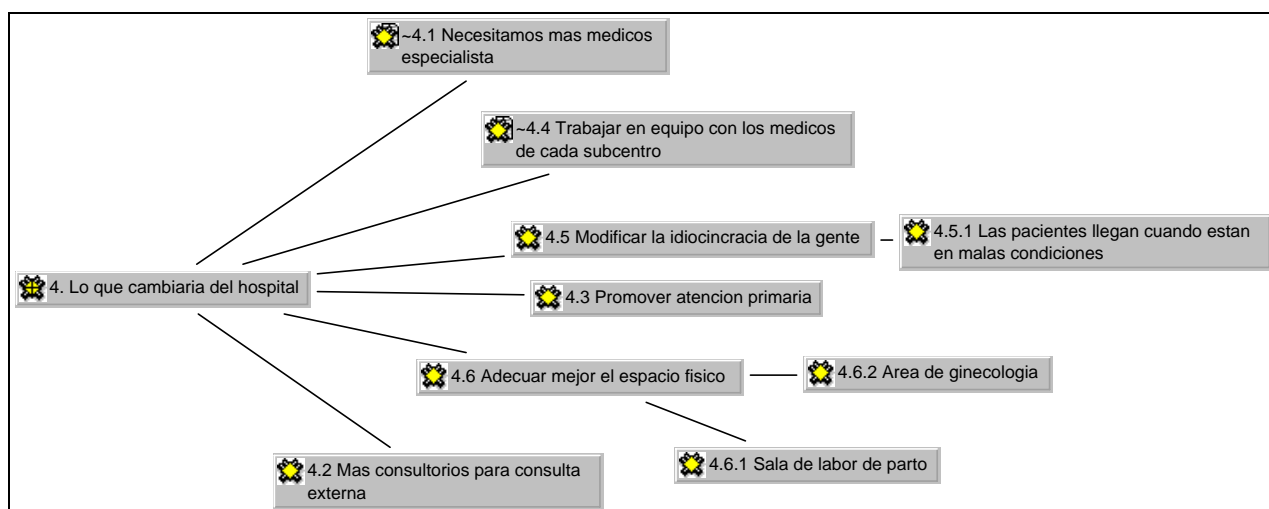
(...) Quizás promover lo que es a nivel de atención primaria que se den charlas, se incentive para que las maternas acudan a los controles y sepan que hay que hacer cuando exista algún tipo de riesgo

(...) En realidad aquí nosotros tenemos que trabajar conjuntamente con los médicos de cada subcentro, de cada unida para que por medio de ellos incentivar a las embarazadas a que acudan a los controles y así evitar las complicaciones

(...) Bueno, necesitaríamos nosotros modificar lo que es primeramente la idiosincrasia de nuestra gente, creemos que nuestra gente es, por que tiene que morir se tiene que morir pero no vemos que es así sino llegan en los últimos instantes a nuestra unidad de salud cuando ya se ha perdido mucha cantidad de sangre o cuando la infección ha avanzado y en estos casos ya no podemos hacer nosotros ninguna modificación pero si llegarían un poco más antes podríamos modificar esas situaciones y saldríamos victoriosos (Grupo Focal con Profesionales, Hospital provincial de Macas)

Mejorar el espacio físico (Grupo Focal con Profesionales, Hospital General de Macas)

Gráfico N° 17
Opiniones del personal de salud sobre las condiciones que cambiaría
Hospital General de Macas, 2009.



Fuente: Grupo focal con el personal del Hospital General de Macas
Elaborado por: Los autores

- **Coordinación con otros sectores para mejorar la capacidad de respuesta a los problemas que presentan las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio.**

Las principales coordinaciones realizadas son las realizadas con los subcentros de salud lejanos mediante teléfono y radio para envío inmediato de la paciente mediante ambulancia aérea o terrestre, también existen coordinaciones con la cruz roja, bomberos, y cuando se requiere se realizan transferencia a otros centros de salud.

Por otro lado también manifiestan que no existen coordinaciones y cada institución trabaja por su cuenta (GRÁFICO No 18)

Si, generalmente se coordina con todo lo que es áreas rurales y subcentros de salud lejanos para que los productores de salud identifiquen problemas obstétricos y se solicitan avionetas para traigan a los pacientes al aeropuerto de la ciudad y acudan al hospital

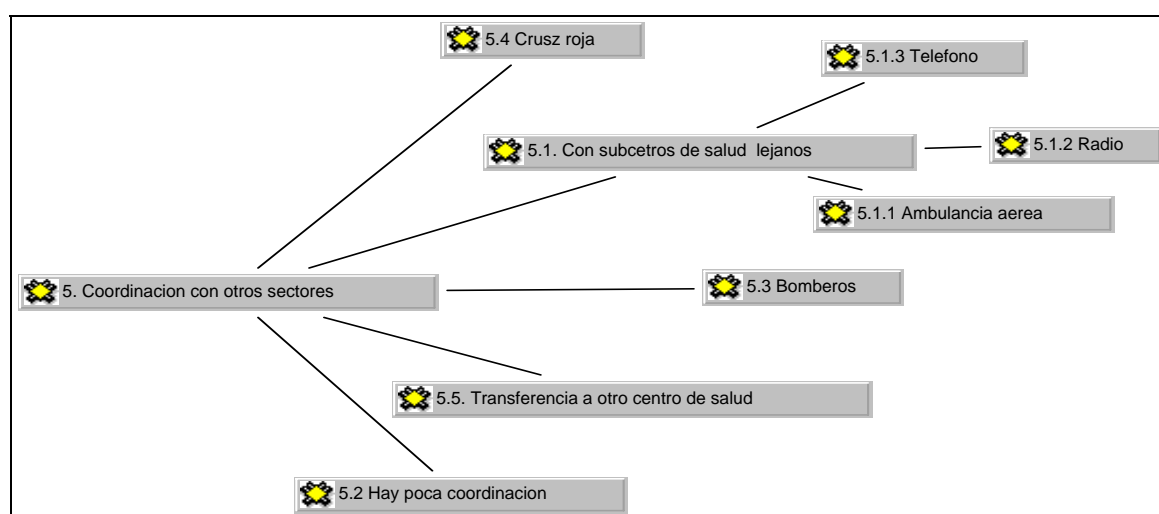
Cuando existe un problema se está en contacto vía telefónica o por radio y se dan sugerencias o se pide que traigan a las pacientes al hospital para resolver el problema

En realidad los pacientes que están en centros de comunidades de lejanía como Taisha, Tacuma; se cuenta con la avioneta y cuando son de comunidades más cercanas contamos con ambulancia por medio de radio, nos avisan y nosotros mandamos a traer a cada paciente

(...) Muy poco se ha hecho una coordinación con los agentes comunitarios, creo que cada uno estamos trabajando unos en la parte central en el hospital y otros muy aparte en lo que son las comunidades, yo pienso que no hay una coordinación plena por más que se haya motivado que haya las hojas de la referencia y contrarreferencia, pero nunca se ha llegado a dar y con otras organizaciones mucho menos, cada uno está trabajando aisladamente

(...) Siempre se coordina en el caso de una emergencia obstétrica o cualquier otro tipo de emergencia dentro del hospital con el aeropuerto que nos facilite ambulancias aéreas para ser trasladado rápidamente a otro centro de mayor nivel y para una adecuada atención, también con laboratorio en el caso de que se requiera algún examen que no se realiza dentro del hospital se realiza fuera en otros laboratorios (Grupo Focal con Profesionales, Hospital General de Macas)

Gráfico N° 18
Criterios del personal de salud acerca de la coordinación con otros sectores, Hospital General de Macas, 2009.



Fuente: Grupo focal con el personal de los Hospital General de Macas
Elaborado por: Los autores

VIII. CONCLUSIONES

1. *El estudio se realizó en el Hospital General de Macas, el cual es un hospital de segundo nivel de atención perteneciente al MSP. Tiene una cobertura de 26000 habitantes. Atiende las 24 horas al día los siete días de la semana. Rayos X y los servicios de laboratorio atienden 8 horas diarias durante 7 días a la semana.*
2. Cuenta con servicios de emergencia, admisión, labor de parto, quirófano, hospitalización, farmacia, laboratorio, rayos X. No disponen de un área funcional de neonatología, banco de sangre ni cuidados intensivos.
3. El sistema de referencia tiene algunos problemas en lo concerniente a la falta de choferes, pero no hay problema con la contrarreferencia.
4. Se realizan referencias por complicaciones obstétricas hacia el Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca, la cual se encuentra a 230km de distancia.
5. El Hospital brinda **COE incompleto**, debido a que no realiza transfusión sanguínea ni parto asistido.

6. El área de hospitalización gineco-obstetra presenta la infraestructura más completa con un 66,7% seguido de la de sala de partos y de emergencia con un 53,9% y finalmente la infraestructura de la sala de operaciones es la más incompleta con tan sólo 47,4% de disponibilidad.
7. Los recursos materiales tales como, mobiliario en emergencia, mobiliario en hospitalización de gineco-obstetricia, mobiliario de sala de partos, mobiliario en sala de operaciones, equipo básico en todos los niveles, materiales de reposición periódica, equipo para anestesia, equipo para cesárea y laparotomía, equipo para parto, maleta de ropa quirúrgica, equipo de legrado, equipo de resucitación neonatal y lencería están incompletas en esta unidad de salud estudiada en relación con el estándar del formulario No-4 Ecuador, MSP-OPS.
8. El equipo completo que se encontró en el hospital es la maleta de parto.
9. El equipo de resucitación neonatal no se encuentra como tal, pero sus componentes se encuentran por

separado, y representa un 69,2% de los elementos que debería contener.

10. En la unidad estudiada se evidenció la falta de equipo para AMEU, equipo para anestesia en emergencia, equipo de resucitación neonatal en sala de operaciones y equipo para sutura perineal/vaginal/cervical en la sala de emergencia. En el caso de faltar el equipo de resucitación neonatal se solicita a la sala de partos y el equipo de sutura perineal/vaginal/cervical se pide a la sala de partos y operaciones.
11. La carencia total o parcial de recursos materiales repercute negativamente en la calidad de la atención, pues a pesar de que podría existir el número suficiente de personal y con un buen nivel de competencias no sería posible cumplir las funciones a cabalidad.
12. El laboratorio clínico cuenta con un 50% de las áreas y un 39,13% de equipos y materiales en comparación con el estándar.
13. Esta unidad de salud del MSP no dispone de banco de sangre, el mismo se encuentra en etapa de

construcción por lo que no realiza transfusiones sanguíneas.

14. En cuanto a los medicamentos más utilizados para el tratamiento de emergencias obstétricas presentes en el área de farmacia y bodega del Hospital de Macas, tenemos a los antibióticos con una disponibilidad de 63,15%, anticonvulsivantes de 33,4%, oxitócicos de 66,7% y medicamentos usados en reanimación de 64,29%.

15. Dentro de los medicamentos utilizados en los COE y teniendo como referente los meta-análisis y las investigaciones clínicas aleatorias (ICA), tenemos una disponibilidad total del 57,12%. En el área de emergencia una disponibilidad de medicamentos del 64,28%, sala de operaciones de 42,8%, sala de partos 50%, y finalmente en la sala de hospitalización una disponibilidad de 71,4%.

16. Existen deficiencias en el abastecimiento de medicamentos inyectables importantes en emergencias obstétricas en el Hospital de Macas como pethidine, salbutamol y halotano.

17. El personal de salud que atiende directamente a la madre y al neonato durante el periodo del parto normal en

la unidad son: gineco – obstetra, pediatra, médico general, enfermera general, auxiliar de enfermería, médico residente, médico rural e interno/a de medicina.

18. Todos los días, de lunes a domingo, tanto por el día como por la noche, se encuentra al menos un profesional de salud que puede realizar partos normales, COE básicos, realizar cuidados de emergencia al recién nacido, tener acceso y estar relacionado con los medicamentos para COE.

19. Dentro del personal médico que más ha participado en actividades de capacitación corresponde a médicos residentes, médicos rurales e internos/as. El tema en lo que se recibió mayor capacitación fue aborto, resucitación neonatal y retención placentaria. El tema con menor capacitación fue: parto obstruido, acretismo placentario y DPPNI (desprendimiento prematuro de placenta normo inserta). El personal de enfermería fue el que menos capacitación recibió sobre estos temas, principalmente las auxiliares de enfermería siendo este el personal que mayor contacto tiene con las pacientes y los recién nacidos.



20. Los registros estadísticos que no dispone el Hospital de Macas son: morgue, sistema informático perinatal y control de puerperio.

21. Dentro de los registros incompletos tenemos: libro de partos y emergencias. Los registros completos son: admisión general, sala de obstetricia, sala de operaciones, historias clínicas, egresos, muertes maternas y referencia/contrarreferencia.

22. Esta unidad de salud carece de registros de neonatología, ya que no dispone de esta área, sólo cuenta con el espacio físico pero los equipos se encuentran dañados y obsoletos. A este grupo de pacientes se lo considera dentro del registro de pediatría, y ante cualquier eventualidad tratan de referir a los neonatos al HVCM. Los registros estadísticos del neonato vienen en la misma ficha clínica de la madre.

23. De acuerdo con la información obtenida por parte del departamento de estadística se registraron 2 muertes maternas en el periodo de julio del 2007 a junio del 2008, cuyas causas fueron sepsis y taponamiento cardíaco, las cuales no tienen causa ginecológica.

24. Se registraron 393 complicaciones obstétricas, las cuales representan el 31,28% y 50,98% de las admisiones

obstétricas y del total de partos respectivamente. Las complicaciones registradas en orden de frecuencia son las siguientes: abortos en condiciones inseguras seguidas por parto prolongado, otras complicaciones, parto obstruido, hemorragia, aborto espontáneo, hipertensión inducida por el embarazo, sepsis puerperal, embarazo ectópico y rotura uterina.

25. Se registraron 764 nacidos vivos de los cuales el 18,32 x mil nacidos vivos (14) fallecieron en el periodo de julio de 2007 junio de 2008, cuyas causas fueron SDRNI, inmadurez del recién nacido, sepsis temprana y anencefalia. En cuanto a las patologías registradas (108) la mayor parte corresponde a infecciones nosocomiales (13), hemorragia intraventricular (2) y displasia broncopulmonar (1), el resto corresponde a otras patologías tales como hiperbilirrubinemia, incompatibilidad ABO.

26. Las mujeres consideran como peligro: no alimentarse bien, no vacunarse, sangrados, dolores abdominales, intentar abortar, automedicarse, tener pelvis estrecha, tener golpes, no hacerse los controles, acudir donde la partera y caminar mucho.

27. El personal de salud que atiende cotidianamente a los pacientes tiene información inadecuada acerca de

la tasa de mortalidad materna en el Hospital de Macas ya que algunos refieren que la tasa de mortalidad materna es de 0.2%, algunos no lo conocen y otros dicen que no ha habido mortalidad materna en los últimos tres a cuatro años. Entre los factores de riesgos identificados están principalmente: la distancia entre los diferentes comunidades especialmente Shuaras y el hospital, así como partos domiciliarios y falta de control durante el embarazo.

28. Dentro del personal y recursos materiales en los servicios de neonatología en comparación con los formularios N° 10 de MSP – OPS se encontró que se encuentra disponible el 48,96% de los recursos existiendo una deficiencia del 51,04%; recursos materiales como medicación, elementos para profilaxis, elementos para rutinas antropométricas, equipamiento y varios insumos se encuentran en el 100% de disponibilidad.

29. En los cuidados brindados al recién nacido se encontró que sólo la monitorización clínica se contaba con el 100% de los recursos, los demás cuidados se encuentran de manera incompleta. Los cuidados en el dolor, lactancia y asistencia respiratoria mecánica no estaban disponibles.

IX. DISCUSIÓN

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) promueve un enfoque más centrado en intervenciones costo-efectivas, como la provisión de cuidados obstétricos de emergencia, la asistencia del parto por personal calificado y el mejor acceso a servicios de atención de salud materna de calidad. La OMS ha determinado los componentes clave de la atención obstétrica esencial (1)

Se pudo determinar que los hospitales que formaron parte del estudio realizado en las provincias de Guayas y Azuay en comparación con el Hospital General de Macas en donde se hizo nuestra investigación brindan un Servicio de Cuidados Obstétricos de Emergencia (COE) incompleto, cuyas deficiencias son similares ya que en ninguno de estos centros se realiza parto asistido o instrumental. Además en la investigación realizada en la Provincia del Guayas se demostró que la mayoría de hospitales no realizan transfusiones sanguíneas lo cual sucede en el hospital de nuestro análisis.

Los porcentajes de partos naturales y cesáreas de las instituciones pertenecientes al Ministerio de Salud Pública corresponden al 86,7% y al 13,3% respectivamente de acuerdo con los datos proporcionados en el último censo

por el INEC en el año 2006, en contraste con los resultados obtenidos en nuestro estudio, ya que los porcentajes de partos naturales y cesáreas son del 80% y 20%, respectivamente. Si tomamos en cuenta que el porcentaje global de cesáreas aceptable para un hospital que brinda COE es de un 5-15%, nos indica que en la unidad de salud estudiada se están realizando un número excesivo de cesáreas.

En cuanto a las principales causas de morbilidad materna de acuerdo con la investigación realizada en las unidades de salud de la provincia del Guayas y Azuay, y los resultados obtenidos en nuestra investigación podemos observar que en el Hospital de Macas la principal patología es el aborto producido en condiciones inseguras siendo un dato a recalcar ya que este problema no se presenta en las investigaciones realizadas en las provincias del Guayas y Azuay, y constituye un grave problema porque un aborto en condiciones inseguras reduce la supervivencia del recién nacido.

El sistema de vigilancia epidemiológica del MSP señaló que el mayor porcentaje de muertes maternas se relacionan principalmente con la unidad de salud en un 82%, seguida de la segunda demora en un 8% y por último el 5% corresponde a la demora ocurrida en el hogar y la

comunidad. En Morona Santiago se señaló un caso de muerte materna en la demora relacionada con la unidad de salud, lo cual está de acuerdo con lo investigado, ya que el principal riesgo que presentan las mujeres gestantes en el cantón morona que sufren alguna complicación es la falta de atención durante las 24 horas por médicos especialistas, laboratorio y radiología, razón por la que las complicaciones obstétricas tienen que ser referidas a otra unidad de salud.

En segundo lugar se encuentra la segunda demora por la imposibilidad para movilizarse, lo cual constituye uno de los principales problemas en el Hospital de Macas porque la comunidad ubicada en la cordillera Cutucú, que requieren atención por emergencias obstétricas se encuentran a una distancia de aproximadamente 100km, y la otra comunidad ubicada en la cordillera Trans-Cutucú se sitúa a 250km de la ciudad de Macas; por lo que existe grandes dificultades para movilizarse ya que requieren de medios de transporte como avioneta y bus los mismos que no tienen una accesibilidad para todas las personas; además encontramos que muchas de las mujeres con problemas obstétricos tienen un alto grado de ignorancia ya que prefieren la atención de miembros propios de su comunidad lo que se diferencia con lo encontrado en un estudio en Tanzania en el 2004 que sostiene que la dificultad para recibir una atención cuando sea necesaria, no es ni la ignorancia de la madre, ni la

dificultad para llegar a la institución de salud; (Tanzania bibliografía).

En nuestro estudio se observó que las principales causas de morbilidad neonatal entre julio 2007 y junio 2008 fueron infecciones nosocomiales (12,03%) y casos correspondientes a otras patologías (85,19%) como: hiperbilirrubinemia por incompatibilidad Rh y ABO. En nuestro estudio no se encontró ninguna de las 5 principales causas de morbilidad neonatal (membrana hialina, sepsis, inmadurez pulmonar, síndrome de aspiración de meconias y distres respiratorio) que fueron descritas en el estudio realizado en la provincia del Guayas. Además no se encontraron patologías como retardo en el crecimiento fetal y desnutrición que fue presentado en la investigación de la provincia del Azuay. Es importante anotar que el hospital General de Macas no cuenta con un sistema de registro de neonatología, situación que se constituye en una limitante al momento de la recolección de los datos, ya que este grupo de pacientes están catalogados dentro del servicio de pediatría.

En lo referente a la mortalidad neonatal en comparación con los estudios realizados en la provincia del Guayas y Azuay, y también con el estudio de CONASA en el año 2006 se puede decir que en el Hospital de Macas (en donde se

registraron 14 muertes neonatales), las causas fueron similares a los estudios antes referidos siendo éstas: síndrome de distres respiratorio del recién nacido, infecciones tempranas, inmadurez del recién nacido.

En el Hospital General de Macas, el 95% de los médicos y el 41,02% del personal de enfermería están vinculados al COE. También se pudo observar, que de igual manera que el estudio realizado en la provincia del Guayas, los especialistas gineco-obstetras tienen una menor asignación en cuanto a las actividades del servicio del COE, con un 5,13%, superándolos los médicos rurales y residentes con un 12,82% y 6,13% respectivamente; así como los Internos/as con un 10,26%; podemos observar que similar comportamiento se encontró en las anteriores investigaciones realizadas en la provincias del Azuay y Guayas.

En lo que respecta a la capacitación del personal podemos confirmar que el personal que más información ha recibido no son precisamente los gineco-obstetras y pediatras, más bien la mayor capacitación se encuentra en los médicos rurales, residentes, e internos de medicina, los temas que más han sido abordados son: aborto, placenta previa, retención placentaria e hipertensión inducida por la gestación, estos resultados no son del todo similares a los



estudios realizados en las provincias del Azuay y Guayas ya que el personal médico que trabaja en el Hospital de Macas recibió mayor capacitación en temas como la retención placentaria y placenta previa.

Cabe recalcar que en el hospital de nuestro estudio en comparación con la investigación realizada en la provincia de Guayas se pudo determinar que estas instituciones que brindan cuidados obstétricos y neonatales de emergencia presentan deficiencias en el manejo adecuado de las mismas por la falta de empleo de guías basadas en evidencias científicas.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **CONSTITUCION DEL ECUADOR 2008.** Programa Nacional de Educación para la Democracia. Págs.:21,73-74.
2. **MSP/CONASA. Plan de reducción acelerada de la mortalidad materna y neonatal.** 2008. En:
<http://www.conasa.gov.ec>
3. **INEC. Principales causas de mortalidad materna.** Ecuador. 2007. En:
http://inec.gov.ec/web/guest/ecu_est/reg_adm/est_vit/est_nac_def
4. **MACAS, ESMERALDA ORIENTAL PRINCIPAL.** Datos y fechas históricas. 2006. En:
<http://www.macas.gov.ec/modulos/mmdled.asp>
5. **WHO/UNICEF/UNFPA. Maternal mortality in 2005.** OMS 2007. En:
http://www.who.int/making_pregnancy_safer/topics/maternal_mortality/es/
6. **CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS. La salud reproductiva y los derechos reproductivos.** 2006. En:
<http://www.crlp.org>
7. **INEC. Población total y tasas brutas de natalidad, mortalidad general, mortalidad, infantil y materna, según regiones y provincias de residencia habitual.** 2007. En:

- http://www.inec.gov.ec/web/guest/ecu_est/reg_adm/est_vit/est_nac_def
8. **MSP/CONASA. Plan de acción, política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos. 2006-2008.**
En:
http://www.conasa.gov.ec/codigo/publicaciones/politica_salud.pdf
9. **OPS/MSP. Evaluación de los Servicios de Cuidados Obstétricos y Neonatales de emergencia.** Guayaquil-Ecuador. 2007.
10. **OPS/OMS. La renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas.** Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) Washington, DC. 2007. En:
www.paho.org/spanish/ad/ths/os/aps-documentoposición19-07-05.pdf
11. **PINEDA, E. et al. Manual para el desarrollo de personal de salud.** Segunda edición. OPS. 1994. Págs.: 205-214.
12. **BORREL. R. et al. La formación en Medicina orientada hacia la Atención Primaria en Salud.** OPS-OMS. Agenda de Salud para las Américas 2008-2017. Washington D. C. 2007. En:
http://www.lachealthsys.org/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=495&Itemid
13. **WERNER, D. et al. Cuestionando la Solución.** HealthWrights. Feb 2000. Capítulos 1-5. En:
<http://www.healthwrights.org/static/cuestionando/inicio.htm>
14. **VENTURA. G. et al. Remediar y los programas para el tratamiento de los pacientes crónicos.**



Ministerio de salud Argentino. Ago/Sep. 2004, vol. 4, no 13 p1-28. En:

<http://www.bvs.com.ar>

15. **MACHINEA. J. et al. Objetivos de Desarrollo del Milenio: una mirada desde América Latina y el Caribe.** Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Biblioteca Virtual de Salud Junio.2005. En:

[http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/1/21541/P21541.xml&xsl=/tpl/p9f.xsl&base=/MDG/tpl/top-bottom.xsl.](http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/1/21541/P21541.xml&xsl=/tpl/p9f.xsl&base=/MDG/tpl/top-bottom.xsl)

16. **ONU. Erradicar la pobreza, objetivos de desarrollo del milenio 2015.** 2008. En:

<http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/materal.shtml>

17. **ONU. “Uso de los indicadores de proceso de la ONU para los cuidados obstétricos de emergencia (COE)”.** New York. Mayo 2003. En:

<http://www.amdd.hs.columbia.edu/>

18. **FNAUP/UNICEF/OMS. Guías para monitorear la disponibilidad y la utilización de los servicios obstétricos.** Segunda Edición. New York. EE.UU.1997. En:

[http://www.amdd.hs.columbia.edu/docs/SpanishUNICEFGuidelines.pdf.\)](http://www.amdd.hs.columbia.edu/docs/SpanishUNICEFGuidelines.pdf)

19. **ARISTIZÁBAL, J. et al. Paciente obstétrica de alto riesgo: ¿dónde debe realizarse su cuidado periparto?** Rev Colomb Obstet Ginecol. 2005, vol.56, n.2 ISSN 0034-7434. En:

[www.scielo.org.co/pdf/rcog/v56n2/v56n2a08.p](http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v56n2/v56n2a08.pdf)

df

20. **SÁNCHEZ, R. Proyecto atención emergencias obstétricas, (FEMME-CARE) Perú. 2005. En:**

<http://www.aspeed.com.pe>

21. **ENGENDER HEALTH Y MAILMAN SCHOOL OF PUBLIC HEALTH, COLUMBIA UNIVERSITY. Mejoramiento de la calidad para atención obstétrica de emergencia. Libro de herramientas. 2005. En:**

<http://www.engenderhealth.org>

22. **ORTIZ, J. et al. Evaluación de los servicios de cuidados obstétricos y neonatales de emergencia en la provincia de Azuay-Ecuador. Revista. Volumen 28. Abril 2009. pág. 19.**

23. **HERRRERA, M. MORTALIDAD MATERNA EN EL MUNDO. *Rev. chil. obstet. gineco.* 2003, vol.68, no.6, p.536-543. 2008. En:**

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775262003000600015&lng=es&nrm=iso. ISSN 0717-7526.

24. **PREGNANCY INFO. Hemorragia postparto. 2009. En:**

http://espanol.pregnancy-info.net/hemorragias_postparto.html

25. **FORD, J. et al. Postpartum haemorrhage occurrence and recurrence: a population-based study The Medical Journal of Australia. En:**

http://www.mja.com.au/public/issues/187_07_011007/for10182_fm.html

26. **SUBTIL, A. et al. Postpartum hemorrhage: frequency, consequences in terms of health status, and risk factors before delivery.** Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. Vol. 33, N° SUP8 . Diciembre 2004. Págs: 9-16

27. **MOLINA, X. et al. “Normas en obstetricia”.** Julio 2008. Pág. 197.

28. **NÁPOLES, D. et al Cesárea y alternativas en las distocias del trabajo de parto.** Hospital Gineco-obstétrico Sur “Mariana Grajales Coello”. MEDISAN 2007. En:

http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol11_3_07/san14307.htm

29. **MSP. Normas y procedimientos para la atención de la salud reproductiva.** 1999

30. **OMS. Arriesgarse a morir para dar vida.** 2005. En:

<http://www.who.int/whr/2005/chapter4/es/index1.html>

31. **BELMAR, J. et al. “Rotura uterina en pacientes sin cicatriz uterina “,** Rev chil. obstet. Ginecol. 2002, vol. 67, no. 3, p. 180-183. En:

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071775262002000300002&script=sci_arttext&tlng=en

32. **MAHARAJ, D.** Puerperal pyrexia: a review.
Part I. Pubmed 2007. En:

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17511893?ordinalpos=52&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum

33. **ESCHENBACH, DA.** Puerperal infections.
Pubmed 1980. En:

[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7004691?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DiscoveryPanel.Pubmed_Discovery_RA&linkpos=3&log\\$=relatedreviews&logdbfrom=pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7004691?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DiscoveryPanel.Pubmed_Discovery_RA&linkpos=3&log$=relatedreviews&logdbfrom=pubmed)

34. **MCCOY, S.** Pharmacotherapeutic options for the treatment of preeclampsia. Pubmed 2009. En:

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19202042?ordinalpos=3&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum

35. **BOTERO, J. et al.** Obstetricia y Ginecología. Séptima edición. Colombia. Cib. 2004. Págs: 127-156; 156- 165.

36. **HAJENIUS, PJ. et al. Intervenciones para el embarazo ectópico tubárico.** Cochrane Review. In: La Biblioteca Cochrane Plus, Issue 3, 2008. Oxford. En:

<http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/main.php?lib=BCP&searchExp=Intervenciones%20and%20para%20and%20el%20and%20embarazo%20and%20ect%F3pico%20and%20tub%E1rico&lang=pt>

37. **AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. ACOG Committee Opinion No. 427: Misoprostol for postabortion care.** Pubmed 2009. En:

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19155922?ordinalpos=4&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum

38. **ABUDU, O. et al. Cefoxitin: single agent treatment of septic abortion.** Pubmed 1986. En:

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3020951?ordinalpos=9&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum

39. **BRIOZZO, L. El aborto provocado en condiciones de riesgo. aspectos clínicos-epidemiológicos, Médico-legales, jurídicos y bioéticos.** Montevideo 2002. En:

<http://www.enelembarazo.com/articulos/articulo.shtml?id=dhFYKSB092eRC2OUBgWVQjjRWBSiyJ>

40. **IBÁÑEZ, C. Enfermedades nosocomiales (intrahospitalarias): Factores que influyen en su aparición . 2008. Página web disponible en:**

http://weblogs.madrimasd.org/salud_publica/archive/2008/03/11/86374.aspx

41. **UNIVERSITY OF VIRGINIA HEALTH SYSTEM. La Retinopatía del Prematuro. 2006. En:**

http://www.healthsystem.virginia.edu/uvahealth/peds_eye_sp/rpm.cfm

42. **GOYENECHEA, F. Hemorragia Intraventricular (HIV). Hospital Pediátrico Docente "Juan M. Márquez". Cuba. En:**

<http://neuroc99.sld.cu/text/hemorragiavent.htm>

43. **MURRAY, J. et al. Textbook of Respiratory Medicine. Philadelphia. 2000. En:**

<http://www.healthbasis.com/Spanish%20Health%20Illustrated%20Encyclopedia/5/001088.htm>

44. **SÁNCHEZ, I. Displasia Broncopulmonar. Complicaciones y tratamiento durante los primeros años de vida. Revista chilena de pediatría. 2002. En:**

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062002000500013&script=sci_arttext

45. **LAUGHON, M. et al. A pilot randomized, controlled trial of later treatment with a peptide-**

containing, synthetic surfactant for the prevention of bronchopulmonary dysplasia. University of North Carolina. USA. Pubmed. Jan2009. En:

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19117865?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum

46. CONAMU/UNFPA/UNIFEME/FLACSO. Mujeres ecuatorianas entre la crisis y las oportunidades, mercedes prieto. Quito. 2004. En:

http://books.google.com.ec/books?id=JnbpAnxoENcC&pg=PP1&lpg=PP1&dq=Mujeres+ecuatorianas+entre+la+crisis+y+las+oportunidades,+mercedes+prieto,+CONAMU,+UNFPA,+UNIFEM,+FLACSO.+2004.&source=bl&ots=M2QqMOrjWP&sig=MJEJGs4mTcU8ZOaVvrSga6aPK10&hl=es&ei=MQ9eStfTNOTcmQfr1pl7&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=2

47. OPS/MSP. XXV Reunión de Ministros de Salud.

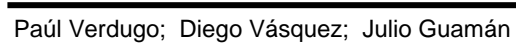
En:

http://www.msp.gub.uy/ucmercosurs_2495_1.html

48. CONAMU. La Nueva Constitución y las implicaciones en los derechos de las mujeres. 2007. En:

<http://www.conamu.gov.ec/CONAMU/portal/main.do;jsessionid=4FB92419F1ACB04A7EE37ADF4FAC1486?sectionCode>

- Mapa divisional del cantón Morona





ANEXO N°2.

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA
CONE	Cuidados Obstétricos y Neonatales de Emergencia	Cuidados Obstétricos de Emergencia Cuidados Neonatales de Emergencia	Funciones que se desarrolla	Completo Incompleto
INFRAESTRUCTURA	Locales de los hospitales en donde el personal de salud brinda cuidados obstétricos y neonatales de emergencia y se ubican los recursos materiales	Emergencia Hospitalización Quirófanos Laboratorios Farmacia Banco de Sangre Bodega	Estado en el que se encuentran los locales	Disponible: si, no Funcional: si, no
DOCUMENTACIÓN ESTADÍSTICA	Características de cada uno de los registros estadísticos de las unidades salud. Información estadística de la atención brindada	Registros en papel de: • Admisiones • Morbilidad • Mortalidad Sistema Informático Perinatal	Estado en el que se encuentran los registros	Disponible: si, no Funcional: si, no Accesible: si, no
EQUIPAMIENTO	Conjunto de instalaciones y equipos necesarios para los cuidados obstétricos y neonatales de emergencia hospitalaria.	Equipo de ropa quirúrgica Equipo básico para todos los niveles Material de reposición periódica Equipos para partos disponibles Equipos de sutura perineal cervical y vaginal Equipo para cesárea y laparotomía	Presencia del equipo	Cantidad disponible Completo, incompleto Funcional: si, no



		Equipo para resucitación neonatal Equipamiento básico para legrado Equipo para anestesia		
MOBILIARIO	Conjunto de muebles que sirven para facilitar los usos y actividades habituales en los cuidados obstétricos y neonatales hospitalarios.	Gabinets Sillas Porta expedientes Relojes Teléfonos Basureros Camas Gradillas Biombos Sillas de ruedas Camilla ginecológica Lámpara ginecológica	Presencia de los muebles	Cantidad disponible: 0 a 9999 Funcional: si, no
VESTUARIO	Es el conjunto de trajes, complementos, calzados, etc., que utiliza el personal de salud y los pacientes, para la atención obstétrica neonatal.	Sabanas Toallas Cobijas Camisones o batas para pacientes	Presencia del vestuario	Cantidad disponible: 0 a 9999 Funcional: si, no
MEDICAMENTOS	<u>Fármaco, principio activo</u> o conjunto de ellos, destinado para su utilización la atención obstétrica y neonatal de emergencia.	Lugar de almacenamiento Tipo de fármacos • Antibióticos • Desinfectantes • Esteroides • Medicamentos usados en reanimación • Líquidos • Anticonvulsivantes	Disponibilidad de Fármacos	1. Farmacia: 1.1.- cantidad disponible: 0 a 9999; 1.2.- fecha de vencimiento 2. Bodega: 2.1.- cantidad disponible: 0 a 9999; 2.2.- fecha de vencimiento 3. Fuentes de abastecimiento 3.1.- MSP 3.2.- donación 3.3.- compra



		<ul style="list-style-type: none"> • Antihipertensivos • Oxitócicos • Anestésicos/analgésicos • Tocolíticos Anticonceptivos Otros		
CONDICIONES DE RIESGO	Señales de peligro para la salud y vida de la madre y el neonato, que requiere de la toma de decisiones para ayuda.	Individual Familiar Comunitario	Percepción de los signos de peligro	Presente Ausente
ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD	Grado en el que las mujeres pueden utilizar los servicios de salud para los cuidados obstétricos y neonatales.	Utilización del servicio	Atención	Es atendida en el servicio: Si, no
CALIDAD DE LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA Y NEONATAL DE EMERGENCIA	Características de las condiciones para la atención obstétrica y neonatal emergencia y el grado de satisfacción la atención brindada y recibida.	Técnica Perceptiva	Calidad técnica Percepción de las usuarias	Adecuada Inadecuada

ANEXO N°3**Tabla N° 20**

Número y cargo de los informantes para la caracterización del servicio de salud en el Hospital General de Macas, 2008.

Cargo	NUMERO
Directores	1
Jefes de Departamento	4
Administradores	1
Especialistas	5
Medico General	2
Médico Rural	5
Médicos Residentes	5
Médicos Internos	4
Enfermeras	17
Auxiliares de Enfermería	14
Total	58

Fuente: Registros de las unidades visitadas.
Elaborado por: Los Autores

Tabla N° 21

Disponibilidad de personal en el Hospital General de Macas, 2008.

<u>PERSONAL DE SALUD</u>	<u>No.</u>	<u>%</u>
Gineco-Obstetra	2	5,71
Pediatra	2	5,71
Médico General	5	14,29
Enfermera General	4	11,43
Auxiliar de Enfermería	11	31,43
Médico Residente	2	5,71
Médico Rural	3	8,57
Interno de Medicina	3	8,57
Anestesiólogo	1	2,86
Laboratorista	2	5,71
Total	35	100.00

Fuente: Registros de las unidades visitadas.
Elaborado por: Los Autores.

Tabla N° 22
Partos y cesáreas atendidas en el Hospital General de Macas, 2008.

<i>Indicadores</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
Partos	614	79,64
Cesáreas Primeras	111	14,40
Cesáreas Iteradas	46	5,96
Total	771	100,00

Fuente: Registros de las unidades visitadas.
Elaborado por: Los Autores.

Tabla N° 23
Distribución de nacidos vivos según morbilidad y mortalidad de neonatos atendidos en el Hospital General de Macas, 2008.

Mes	Nacidos Vivos		Fallecidos		Morbilidad	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Julio	60	7,85	2	0,26	12	1,57
Agosto	51	6,67	1	0,13	11	1,44
Septiembre	64	8,38	2	0,26	8	1,05
Octubre	64	8,38	0	0	10	1,31
Noviembre	66	8,64	0	0	9	1,18
Diciembre	76	9,95	0	0	8	1,05
Enero	73	9,55	1	0,13	7	0,92
Febrero	73	9,55	2	0,26	7	0,92
Marzo	63	8,25	0	0	12	1,57
Abril	62	8,12	2	0,26	10	1,31
Mayo	49	6,41	2	0,26	8	1,05
Junio	63	8,25	2	0,26	6	0,79
Total	764	100,00	14	1,83	108	14,14

Fuente: Registros de las unidades visitadas.
Elaborado por: Los Autores.

ANEXO Nº 4

Tabla Nº 24
Morbilidad neonatal en el Hospital General de Macas, 2008

Patología	Jul.	Ago.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.	Ene	Feb.	Mar	Abr.	May.	Jun.	Total
Infecciones Nosocomiales	3	0	1	0	2	1	0	2	3	1	0	0	13
Retinopatía del Prematuro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hemorragia Intraventricular	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Displasia Broncopulmonar	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Otras Patologías	7	10	7	10	7	7	7	5	9	9	8	6	92
Total	12	11	8	10	9	8	7	7	12	10	8	6	108

Fuente: Registros de las unidades visitadas.

Elaborado por: los autores

Tabla Nº 25
Cuidados preventivos para la infección adecuados brindados al recién nacido en el Hospital General de Macas, 2008.

ESTADO	CUIDADOS PREVENTIVOS-INFECCIÓN	Nº	%	CUIDADOS QUE FALTAN
<u>Incompleto</u>	Se realiza	9	90	Unidades individuales de pacientes
	No se realiza	1	10	
Total		10	100	

Fuente: Registros de las unidades visitadas

Elaborado por: Los Autores

Tabla Nº 26
Cuidados de termorregulación adecuados brindados al recién nacido en el Hospital General de Macas, 2008.

ESTADO	CUIDADOS DE TERMORREGULACIÓN	Nº	%	CUIDADOS QUE FALTAN
<u>Incompleto</u>	Disponible	1	10	Uso servocontrol de incubadora Sábanas plásticas Gorros Control de temperatura ambiental en la UCIN
	No disponible	4	90	
Total		5	100	

Fuente: Registros de las unidades visitadas
Elaborado por: Los Autores

Tabla Nº 27
Cuidados de la Piel adecuados brindados al recién nacido en el Hospital General de Macas, 2008.

ESTADO	CUIDADOS DE LA PIEL	Nº	%	CUIDADOS QUE FALTAN
<u>Incompleto</u>	Disponible	4	66,6	Uso de parches de hidrocoloide Cinta adhesiva hipoalergénica
	No disponible	2	33,3	
Total		6	100	

Fuente: Registros de las unidades visitadas
Elaborado por: Los Autores

Tabla Nº 28
Cuidados Respiratorios adecuados brindados al recién nacido en el
Hospital General de Macas, 2008.

ESTADO	ASISTENCIA RESPIRATORIA	CUIDADOS	Nº	%	CUIDADOS QUE FALTAN
<u>Incompleto</u>	Utilización de halo cefálico	Disponible	4	90	Uso de blender
		No disponible	1	10	
	Total		5	100	
<u>Incompleto</u>	Presión Positiva	Disponible	1	10	Protección de tabique nasal Descompresión gástrica
		No disponible	2	90	
	Total		3	100	
<u>Inexistente</u>	Asistencia Respiratoria Mecánica	Disponible	0	0	Cuidado de la vía aérea: extubaciones accidentales
		No disponible	1	100	
	Total		1	100	

Fuente: Registros de las unidades visitadas
Elaborado por: Los Autores

Tabla Nº 29
Cuidados en técnicas de aspiración adecuados brindados al recién nacido
en el Hospital General de Macas, 2008.

ESTADO	CUIDADOS EN TECNICAS DE ASPIRACIÓN	Nº	%	CUIDADOS QUE FALTAN
<u>Incompleto</u>	Disponible	4	66,6	Técnica entre dos enfermeras
	No disponible	2	33,3	Presión negativa controlada
Total		6	100	

Fuente: Registros de las unidades visitadas
Elaborado por: Los Autores

Tabla Nº 30
Cuidados en prevención de retinopatía del prematuro adecuados brindados al recién nacido en el Hospital General de Macas, 2008.

ESTADO	CUIDADOS EN PREVENCIÓN DE LA RETINOPATIA	Nº	%	CUIDADOS QUE FALTAN
<u>Inexistente</u>	Disponible	0	0	Utilización de saturómetro en recién nacidos con oxígeno Alarmas adecuadas: Mínima, Máxima
	No disponible	2	100	
Total		2	100	

Fuente: Registros de las unidades visitadas
Elaborado por: Los Autores

Tabla Nº 31
Cuidados en el neurodesarrollo adecuados brindados al recién nacido en el Hospital General de Macas, 2008.

ESTADO	CUIDADOS EN NEURODESARROLLO	Nº	%	CUIDADOS QUE FALTAN
<u>Incompleto</u>	Disponible	2	50	Protección de luz Protección de ruido
	No disponible	2	50	
Total		4	100	

Fuente: Registros de las unidades visitadas
Elaborado por: Los Autores

Tabla Nº 32
Cuidados en dolor adecuados brindados al recién nacido en el Hospital General de Macas, 2008.

ESTADO	CUIDADOS EN DOLOR	Nº	%	CUIDADOS QUE FALTAN
<u>Incompleto</u>	Disponible	0	0	Utilización de sistema de valoración objetivo
	No disponible	1	100	
Total		1	100	

Fuente: Registros de las unidades visitadas
Elaborado por: Los Autores

Tabla Nº 33
Cuidados de monitorización clínica adecuados brindados al recién nacido en el Hospital General de Macas, 2008.

<i>ESTADO</i>	<i>CUIDADOS DE MONITORIZACIÓN CLÍNICA</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
<u>Completo</u>	Disponible	5	100
	No disponible	0	0
Total		5	100

Fuente: Registros de las unidades visitadas

Elaborado por: Los Autores

Tabla Nº 34
Cuidados en lactancia adecuados brindados al recién nacido en el Hospital General de Macas, 2008.

<i>ESTADO</i>	<i>CUIDADOS EN LACTANCIA</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>CUIDADOS QUE FALTAN</i>
<u>Incompleto</u>	Disponible	0	0	Instalaciones Educación a las madres: folleto/ clases incidentales Equipamiento
	No disponible	3	100	
Total		3	100	

Fuente: Registros de las unidades visitadas

Elaborado por: Los Autores

Tabla Nº 35
Cuidado centrado en la familia adecuados brindados al recién nacido en el Hospital General de Macas, 2008.

<i>ESTADO</i>	<i>CUIDADOS CENTRADOS EN LA FAMILIA</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>CUIDADOS QUE FALTAN</i>
<u>Incompleto</u>	Disponible	2	66,6	Horario de visita de los padres limitado
	No disponible	1	33,3	
Total		3	100	

Fuente: Registros de las unidades visitadas

Elaborado por: Los Autores

ANEXO Nº 5

Tabla Nº 36
Infraestructura del Área de Emergencia en el Hospital General de Macas, 2008

ESTADO	Infraestructura	Nº	%	Áreas/servicios que faltan
INCOMPLETO	Disponible			Área de Espera
		14	53,85	Área de clasificación de pacientes
	No disponible			Área de paciente crítico
		12	46,15	Lavamanos (área de espera)
				Iluminación adecuada natural
				Climatización o aire acondicionado
				Servicios higiénicos para pacientes (área de espera)
				Lavabo para material e instrumental (área de atención al paciente crítico)
				Lavamanos (área de atención al paciente crítico)
				Lavamanos (área de observación)
	Total	26	100	

Fuente: Formulario 4 Sala de Emergencia

Elaborado por: Los autores

Tabla Nº 37
Infraestructura de la sala de Hospitalización de Gineco-Obstetricia en el Hospital General de Macas, 2008

estado	Infraestructura	Nº de servicios	%	Áreas/servicios que faltan
INCOMPLETO	Disponible	12	66.67	Área de aislamiento
				Servicios higiénicos con ducha para pacientes
	No disponible	6	33.33	Ventilación
				Lavamanos para sala de internamiento
				Lavabo para material e instrumental (área de preparación)
				Lavamanos (área de internamiento)
	Total	18	100	

Fuente: Formulario 4 Hospitalización de Gineco-Obstetricia

Elaborado por: Los autores



Tabla N° 38
Infraestructura de Sala de Partos en el Hospital General de Macas, 2008

ESTADO	INFRAESTRUCTURA	N°	%	ÁREAS/SERVICIOS QUE FALTAN
<u>Incompleto</u>	Disponible	7	53.85	Lavamanos en estación de enfermería
	No disponible	6	46.15	Sala de labor Servicios higiénicos para pacientes Iluminación natural Agua corriente 24 horas, con surtidor para manejar con el codo o rodilla Aire acondicionado (todas las áreas)
Total		13	100	

Fuente: Formulario 4 Sala de Partos

Elaborado por: Los autores

Tabla N° 39
Infraestructura de Sala de Operaciones en el Hospital General de Macas, 2008

ESTADO	INFRAESTRUCTURA	N°	%	ÁREAS/SERVICIOS QUE FALTAN
<u>Incompleto</u>	Disponible	9	47,37	Estación de enfermería Área de transferencia de camillas Área de botica Área sucia
	No disponible	10	52,63	Sistema de extracción de gases Señalización de áreas blanca, gris y roja Aire acondicionado
Total		19	100	

Fuente: Formulario 4 Sala de Operaciones

Elaborado por: Los autores



Tabla N° 40
Disponibilidad de infraestructura de laboratorio en el Hospital General de Macas, 2008

ESTADO	INFRAESTRUCTURA DE LABORATORIO	N°	%	ÁREA/SERVICIO QUE FALTA
Incompleto	Disponible	9	50	Área de espera
	No disponible	9	50	Área de uroanálisis Área de coprología Área de química sanguínea Área de hematología Área de serología Área de microbiología Área de vertedero de desechos Área de preparación de medios de cultivo
Total		18	100	

Fuente: Registros de las unidades visitadas

Elaborado por: Los Autores

ANEXO N°6

Tabla N° 41
Equipo básico para todos los niveles en el Hospital General de Macas,
2008

ESTADO	ÁREA	INSTRUMENTOS	N°	%	COMPONENTES QUE FALTAN
<u>Incompleto</u>	<i>Sala de Emergencias</i>	Disponible	12	66, 67	Bandeja de medicamentos Pinza uterina tenáculo o tirabala (acero inoxidable) 2, 4 o 6 Pinza de Aro (acero inoxidable) Riñonera de acero inoxidable Tambores para gases/otros materiales (inox.) Carro o coche de paro debidamente equipado.
		No disponible	6	33, 33	
	Total		18	100	
<u>Incompleto</u>	<i>Hospitalización Gineco-Obstetricia</i>	Disponible	8	44, 44	Balanza de adultos Esterilizador de calor seco y/o autoclave Pinza ydone tenáculo o tirabala (acero inoxidable) 2, 4 o 6 Pinza de Aro (acero inoxidable) Riñonera de acero inoxidable Ambu para adulto Mascarilla de oxígeno Lámpara cuello de ganso tijeras de material Carro o coche de paro debidamente equipado.
		No disponible	10	55, 55	
	Total		18	100	
<u>Incompleto</u>	<i>Sala de Partos</i>	Disponible	10	58, 82	Balanza de adultos Pinza uterina tenáculo o tirabala (acero inoxidable) 2, 4 o 6 Pinza de Aro (acero inoxidable) Lámpara cuello de ganso tijeras Carro o coche de paro debidamente equipado.
		No disponible	7	41, 17	
	Total		17	100	
<u>Incompleto</u>	<i>Sala de Operaciones</i>	Disponible	6	46, 15	Bandeja de medicamentos Estetoscopio de Pinard Doppler Pinza Uterina tenáculo o Pozzy (acero inoxidable) 2, 4 o 6 Pinza de Aro (acero inoxidable) Riñonera de acero inoxidable Carro o coche de paro debidamente equipado.
		No disponible	7	53, 84	
	Total		13	100	

Fuente: Formulario 4

Elaborado por: Los autores



Tabla N° 42
Material de reposición periódica faltante del Hospital General de Macas, 2008

ESTADO	ÁREA	INSTRUMENTOS	N°	%	COMPONENTES QUE FALTAN
<u>Incompleto</u>	Sala de Emergencias	Disponible	14	82.35	Termómetro Clínico rectal (escala Celsius) Mariposas
		No disponible	3	17,65	Guantes quirúrgicos # 8
	Total		17	100	
<u>Incompleto</u>	Hospitalización Gineco-Obstetricia	Disponible	5	45.45	Termómetro clínico rectal (escala Celsius) Catlones
		No disponible	6	54.55	Mariposas Sonda vesical (Foley) Guantes quirúrgicos #7 ½ Guantes quirúrgicos # 8
	Total		11	100	
<u>Incompleto</u>	Sala de Partos	Disponible	10	58.82	Mariposas Catgut crómico atraumático # 3-0 Vycril # 1-0
		No disponible	7	41.18	Vycril # 2-0 Vycril # 3-0 Sonda vesical (Foley y Nelaton) # 8, 10 y 14 Guantes quirúrgicos # 8
	Total		17	100	
<u>Incompleto</u>	Sala de Operaciones	Disponible	15	68.18	Termómetro clínico rectal (escala Celsius) Agujas
		No disponible	7	31.82	Mariposas Catgut crómico atraumático # 1-0 Catgut crómico atraumático # 3-0 Catgut simple # 2-0 Guantes quirúrgicos # 6 1/2
	Total		22	100	

Fuente: Registros de las unidades visitadas
Elaborado por: Los Autores



Tabla N° 43
Equipo básico para anestesia en el Hospital General de Macas, 2008

ESTADO	AREA	INSTRUMENTOS	N°	%	COMPONENTES QUE FALTAN
<u>Inexistente</u>	<i>Sala de Emergencias</i>	Disponible	0	0	
		No disponible	0	0	
	Total		0	0	
<u>Incompleto</u>	<i>Sala de Partos</i>	Disponible	7	63,64	Tubo Endotraqueal con mango (8 mm)
		No disponible	4	36,36	Tubo endotraqueal con mango (10mm) Pinzas de intubación (Magill) Aspirador a pedal
	Total		11	100	
<u>Incompleto</u>	<i>Sala de Operaciones</i>	Disponible	15	78.95	Pinzas de intubación (Magill)
		No disponible	4	21.05	Aspirador centralizado Óxido Nitroso Aspirador a pedal
	Total		19	100	

Fuente: Registros de las unidades visitadas
Elaborado por: Los Autores



Tabla N° 44
Disponibilidad de equipo básico de cesárea y laparotomía del Hospital General de Macas, 2008.

ESTADO	INSTRUMENTOS	N°	%	COMPONENTES QUE FALTAN
Incompleto	Disponible	16	48,48	Pinza hemostática Kelly recta 5½" (6) Pinza para de (ojo) Aro rectas (foerster) (4) Pinza de disección (addson Brown) rusa 8" (1)
	No disponible	17	51,51	Separador Deaver delgado (1½") (1) Separador Deaver ancho (3") (1) Separador abdominal aotostático (BALFOUR) (1) Separador Farabeuf army (2) Mango de bisturi No. 4 L (1) Separador abdominal autostático (O'Sullivan-Oconnor) (3) Separador Deaver (2") (2) Separador maleable 1½" (2) Separador maleable 2" (2) Pinzas císticas finas (2) Pinzas císticas gruesas (2) Pinzas de Heaney (5) Pinzas de Pozzy (1) Valva de peso (AUVARD) (1)
Total		33	100	

Fuente: Registros de las unidades visitadas
 Elaborado por: Los Autores

Tabla N° 45
Disponibilidad de equipo de Parto en el Hospital General de Macas, 2008

ESTADO	ÁREA	INSTRUMENTOS	N°	%	COMPONENTES QUE FALTAN
Incompleto	Sala de Emergencias Sala de Parto y sala de operaciones	Disponible	5	55.56	Pinzas hemostáticas Kelly rectas 5 ½" (2)
		No disponible	4	44.44	Pera de succión de hule (1) Campo mediano (1) Manilla de identificación
	Total		9	100	

Fuente: Registros de las unidades visitadas
 Elaborado por: Los Autores

Tabla N° 46
Disponibilidad de Maleta de Ropa Quirúrgica en la sala de operaciones del Hospital General de Macas, 2008.

ESTADO	ÁREA	INSTRUMENTOS	N°	%	COMPONENTES QUE FALTAN
Completo	Sala de Parto	Disponible	10	100	Ninguno
		No disponible	0	0	
	Total		10	100	

Fuente: Registros de las unidades visitadas
Elaborado por: Los Autores

Tabla N° 47
Disponibilidad de Maleta de Ropa Quirúrgica en la sala de operaciones del Hospital General de Macas, 2008

ESTADO	ÁREA	INSTRUMENTOS	N°	%	COMPONENTES QUE FALTAN
Incompleto	Sala de Operaciones	Disponible	7	50	Campo de ojo grande
		No disponible	7	50	Gasas (10) Envoltura Doble (1) Envoltura sencilla (1) Gorras Mascarillas Ternos quirúrgicos (pantalón y blusa) para personal
	Total		14	100	

Fuente: Registros de las unidades visitadas
Elaborado por: Los Autores

Tabla N° 48
Disponibilidad de Equipo básico para legrado en el Hospital General de Macas, 2008.

ESTADO	ÁREA	INSTRUMENTOS	N°	%	COMPONENTES QUE FALTAN
Incompleto	Sala de Partos	Disponible	6	50	Tenáculo uterino o Pozzi (2) Valva de peso
		No disponible	6	50	Guantes # 7, 7 ½ y 8 Pinza Kelly recta Pinza de restos o huevo Cureta de Pinard
	Total		12	100	
Incompleto	Sala de Operaciones	Disponible	6	66,6	Tenáculo uterino o Pozzi (2) Valva de peso
		No disponible	3	33,3	Guantes # 7, 7 ½ y 8
	Total		9	100	

Fuente: Registros de las unidades visitadas
Elaborado por: Los Autores

Tabla N° 49
Disponibilidad de equipo de resucitación neonatal del Hospital General de Macas, 2008

ESTADO	ÁREA	INSTRUMENTOS	Nº	%	COMPONENTES QUE FALTAN
<u>Incompleto</u>	Sala de Partos	Disponible	9	69.2	Tubo Endotraqueal 2.0 (uno) Tubo Endotraqueal 2.5 (uno) Aspirador: a pedal o eléctrico (operativo) Trampa de LEE
		No disponible	4	30.7	
	Total		13	100	
<u>Inexistente</u>	Sala de Operaciones	Disponible	0	0	
		No disponible	0	0	
	Total		13	100	

Fuente: Registros de las unidades visitadas

Elaborado por: Los Autores

Tabla N° 50
Disponibilidad de lencería en hospitalización de Gineco-obstetricia del Hospital General de Macas, 2008

ESTADO	ÁREA	INSTRUMENTOS	N°	%	COMPONENTES QUE FALTAN
<u>Incompleto</u>	Hospitalización Gineco-Obstetricia	Disponible	5	71,4	Toallas Cobijas para bebé
		No disponible	2	28,6	
	Total		7	100	

Fuente: Registros de las unidades visitadas

Elaborado por: Los Autores



Tabla N° 51
Disponibilidad de equipos de sutura Perineal/Vaginal/Cervical Hospital
General de Macas, 2008

Estado	Área	Instrumentos	N°	%	Material Faltante
Inexistente	Sala de emergencias	Disponible			Bandeja o charol (1)
					Pinza de Aro 9" (1)
					Pinza Cocher rectas 7" sin dientes (2)
		No disponible	0		Pinza hemostática Kelly recta 5½" (2)
			14	100	Pinza de disección anatómica (1)
					Pinza de disección con dientes (1)
					Porta aguja (1)
					Espéculo Vaginal (1)
					Recipiente pequeño de acero (1)
					Jeringa de 10cc (1)
		Jeringa de 5cc (1)			
		Agujas hipodérmicas de 22x1½" (2)			
		Campos dobles (2)			
		Campo medianos (2)			
	Total		14	100	
Incompleto	Sala de Partos y Operaciones	Disponible			Pinza Cocher rectas 7" sin dientes (2)
					Pinza hemostática Kelly recta 5½" (2)
			6	40	Espéculo Vaginal (1)
		No disponible			Valvas de Sims (2)
			9	60	Jeringa de 10cc (1)
					Jeringa de 5cc (1)
					Campos dobles (2)
					Campo mediano (2)
	Total		15	100	

Fuente: Registros de las unidades visitadas
Elaborado por: Los Autores

ANEXO Nº 7

Tabla Nº 52
Disponibilidad de equipos y materiales de laboratorio clínico en el Hospital General de Macas, 2008

ESTADO	EQUIPOS Y MATERIALES DE LABORATORIO	Nº	%	EQUIPOS/MATERIALES QUE FALTA
Incompleto	Disponible	18	39,13	Bulbo de 2" D 13/4 de 15ml Pipeta de 53/4" Pipeta Pasteur de 53/4" Rango de pipetas 1-5ul Puntas de pipetas de 1-5ul Pipetas de 250ml Botellas lavables rojas Silla ajustable 38x22x23, para trabajador Silla con brazos Termómetro para refrigeradora Termómetro para incubadora de baño
	No disponible	28	60,87	balanza Baño circulatorio Cero fuga Rotor de cerofuga Tubos vacutainer de 100x13 mm Marcadores indelebles Albúmina bovina al 22% Anti AB Antihumano Células A Células B Células control de Coombs Prueba para Hepatitis B Prueba para Hepatitis C Prueba para Toxoplasma Prueba para Chagas Cloruro de sodio al 0,9%
Total		46	100	

Fuente: Registros de las unidades visitadas
Elaborado por: Los Autores

Tabla N° 53
Disponibilidad de materiales y equipos para extendido de sangre periférica para el diagnóstico de malaria (gota gruesa) / Toma de muestra en el Hospital General de Macas, 2008

ESTADO	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA PARA EL DIAGNOSTICO DE MALARIA	N°	%	EQUIPOS/MATERIALES QUE FALTA
<u>Incompleto</u>	Disponible	9	56,25	Reactivos para anticuerpos para malaria Reactivos para anticuerpos para dengue Gradilla para porta lámina Probeta graduada de 10, 25, 100 ml
	No disponible	7	43,75	Frasco con azul de metileno fosfatado Bandeja para coloración con puente de tinción Escurridor de láminas Frasco de coplin de 250ml
Total		16	100	

Fuente: Registros de las unidades visitadas

Elaborado por: Los Autores

Tabla N° 54
Disponibilidad de materiales y equipos de microscopía en el Hospital General de Macas, 2008

ESTADO	MICROSCOPIA	N°	%	EQUIPOS/MATERIALES QUE FALTA
<u>Completo</u>	Disponible	2	100	Ninguno
	No disponible	0	0	
Total		2	100	

Fuente: Registros de las unidades visitadas

Elaborado por: Los Autores

Tabla N° 55
Disponibilidad de materiales y equipos para el conteo total y diferencial de leucocitos en el Hospital General de Macas, 2008

ESTADO	CONTAJE TOTAL Y DIFERENCIAL DE LEUCOCITOS	N°	%	EQUIPOS/MATERIALES QUE FALTA
<u>Incompleto</u>	Disponible	8	72,7	Pipeta graduada de 1 ml Solución Turk diluida de 0.3% Contador diferencial
	No disponible	3	27,27	
Total		11	100	

Fuente: Registros de las unidades visitadas

Elaborado por: Los Autores

Tabla N° 56
Disponibilidad de materiales y equipos para la estimación de hemoglobina en el Hospital General de Macas, 2008

ESTADO	ESTIMACION DE LA HEMOGLOBINA	N°	%	EQUIPOS/MATERIALES QUE FALTA
<u>Incompleto</u>	Disponible	0	0	Hemoglobínómetro Solución ácida clorhídrica (cianometahemoglobina + 5 estándares de hemoglobina)
	No disponible	2	100	
Total		2	100	

Fuente: Registros de las unidades visitadas

Elaborado por: Los Autores

Tabla N° 57
Disponibilidad de materiales y equipos para la estimación de hematocrito/volumen fragmentado de eritrocitos/pruebas bioquímicas en orina en el Hospital General de Macas, 2008

ESTADO	ESTIMACION DE HEMATOCRITO/VOLUMEN FRAGMENTADO DE ERITROCITOS	N°	%	EQUIPOS/MATERIALES QUE FALTA
<u>Incompleto</u>	Disponible	5	100	Ninguno
	No disponible	0	0	
Total		5	100	

Fuente: Registros de las unidades visitadas

Elaborado por: Los Autores

ANEXO N°8

Tabla N° 58
Mobiliario de sala de emergencia del Hospital General de Macas, 2008.

ESTADO	Mobiliario	N°	%	Muebles que faltan
INCOMPLETO	Disponible			Basureros con tapa (área de espera)
				Estante o Archivador (área de admisión)
	No disponible	12	46,15	Basureros con tapa (área de admisión)
				Reloj de pared (en estación de enfermería).
		14	53,85	Basurero con tapa (en estación de enfermería)
				Camillas (área de atención al pcte. Crítico)
				Sillas (área de atención al pcte. Crítico)
				Basureros con tapa (área de atención al pcte. Crítico)
				Escritorio (área de clasificación)
				Sillas (2) (área de clasificación)
				Basurero con tapa (área de clasificación)
				Sillas (2) (área de observación)
				Basurero con tapa (área de observación)
				Velador en área de observación
	Total	26	100	

Fuente: Formulario 4 Sala de Emergencia
Elaborado por: Los autores

Tabla N° 59
Mobiliario de hospitalización de Gineco-Obstetricia en el Hospital General de Macas, 2008

ESTADO	MOBILIARIO	N°	%	MUEBLES QUE FALTAN
Incompleto	Disponible	10	50,0	Porta expedientes (en estación de enfermería)
	No disponible	10	50,0	Carro o coche de curaciones (con gavetas)
				Gradillas (área de internamiento)
				Biombos (área de internamiento)
				Camilla ginecológica (área de preparación)
				Banco giratorio (área de preparación)
				Lámpara cuello de ganso (área de preparación)
				Mesa de mayo (área de preparación)
				Anaquele o estante (área de preparación)
				Balde de acero (área de preparación)
Total		20	100	

Fuente: Formulario 4 Hospitalización Gineco-Obstetricia
Elaborado por: Los Autores

Tabla N° 60
Mobiliario de sala de partos del Hospital General de Macas, 2008

ESTADO	MOBILIARIO	N°	%	MUEBLES QUE FALTAN
Incompleto	Disponible	6	35.29	Silla (en estación de enfermería) Reloj de pared (en estación de enfermería). Gabinete para medicamentos (en estación de enfermería).
	No disponible	11	64.71	Mesa de preparación de medicamentos (en estación de enfermería). Basurero con tapa (en estación de enfermería) Teléfono (en estación de enfermería) Camas para labor Mesa de preparación de labor Anaquel o estante en sala de labor Sillas en sala de labor Gradillas en sala de labor
Total		17	100	

Fuente: Registros de las unidades visitadas
Elaborado por: Los Autores

Tabla N° 61
Mobiliario de la sala de operaciones del Hospital General de Macas, 2008.

ESTADO	MOBILIARIO	N°	%	MUEBLES QUE FALTAN
Incompleto	Disponible	4	28,5 7	Mesa de trabajo (en estación de enfermería) Sillas (en estación de enfermería) Gabinete con gaveta (en estación de enfermería)
	No disponible	10	71,4 2	Teléfono (en estación de enfermería) Camilla rodante (área de transferencia de camillas) Armario para drogas (área de anestesia) Escritorio (área de anestesia) Silla (área de anestesia) Mesa de operación con estribos Mesa para los instrumentos / medicamentos de emergencia
Total		14	100	

Fuente: Registros de las unidades visitadas
Elaborado por: Los Autores

ANEXO Nº 9**Tabla Nº 62**

Disponibilidad de antibióticos en farmacia y bodega en el Hospital de Macas, 2008.

ESTADO	ANTIBIOTICOS EN FARMACIA Y BODEGA	Nº	%	MEDICAMENTOS QUE FALTAN
<u>Incompleto</u>	Disponible	12	63,15	Bencil penicilina potásica (inyectable)
	No disponible	7	36,85	Clindamicina (oral) Dicloxacilina (oral) Dicloxacilina (inyectable) Fosfomicina (inyectable) Kanamicina (inyectable) Nitrofurantoina (oral)
Total		19	100	

Fuente: Registros de las unidades visitadas
Elaborado por: Los Autores

Tabla Nº 63

Disponibilidad de desinfectantes en farmacia y bodega en el Hospital de Macas, 2008.

ESTADO	DESINFECTANTES EN FARMACIA Y BODEGA	Nº	%	MEDICAMENTOS QUE FALTAN
<u>Incompleto</u>	Disponible	2	28,57	Chlorhexidina al 4% (solución)
	No disponible	5	71,43	Cetrimide (solución) Alcohol puro Cloruro de benzalconio Nitrito de sodio
Total		7	100	

Fuente: Registros de las unidades visitadas
Elaborado por: Los Autores

Tabla Nº 64
Disponibilidad de esteroides en farmacia y bodega en el Hospital de Macas, 2008.

<i>ESTADO</i>	<i>ESTEROIDES EN FARMACIA Y BODEGA</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>MEDICAMENTOS QUE FALTAN</i>
<u><i>Completo</i></u>	Disponible	3	100	Ninguno
	No disponible	0	0	
Total		3	100	

Fuente: Registros de las unidades visitadas
Elaborado por: Los Autores

Tabla Nº 65
Disponibilidad de medicamentos usados en reanimación en farmacia y bodega en el Hospital de Macas, 2008.

<i>ESTADO</i>	<i>MEDICAMENTOS USADOS EN REANIMACIÓN FARMACIA Y BODEGA</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>MEDICAMENTOS QUE FALTAN</i>
<u><i>Incompleto</i></u>	Disponible	9	64,29	Digoxina (inyectable) Difenhidramina (inyectable) Nitroglicerina (sublingual) Prednisolona (oral) Prometazina (inyectable)
	No disponible	5	35,71	
Total		14	100	

Fuente: Registros de las unidades visitadas
Elaborado por: Los Autores

Tabla Nº 66
Disponibilidad de líquidos en farmacia y bodega en el Hospital de Macas, 2008.

ESTADO	LÍQUIDOS EN FARMACIA Y BODEGA	Nº	%	MEDICAMENTOS QUE FALTAN
<u>Incompleto</u>	Disponible	3	42,9	Dextrosa en agua al 50% Glucosa al 5%
	No disponible	4	57,1	Glucosa al 10% Glucosa al 50%
Total		7	100	

Fuente: Registros de las unidades visitadas
Elaborado por: Los Autores

Tabla Nº 67
Disponibilidad de anticonvulsivantes en farmacia y bodega en el Hospital General de Macas, 2008.

ESTADO	ANTICONVULSIVANTES EN FARMACIA Y BODEGA	Nº	%	MEDICAMENTOS QUE FALTAN
<u>Incompleto</u>	Disponible	1	33,4	Diazepán (inyectable)
	No disponible	2	66,6	Fenitoína (inyectable)
Total		3	100	

Fuente: Registros de las unidades visitadas
Elaborado por: Los Autores

Tabla Nº 68
Disponibilidad de antihipertensivos en farmacia y bodega en el Hospital de Macas, 2008.

ESTADO	ANTIHIPERTENSIVOS EN FARMACIA Y BODEGA	Nº	%	MEDICAMENTOS QUE FALTAN
<u>Incompleto</u>	Disponible	1	25	Dihidralazina (inyectable) Labetolol (inyectable)
	No disponible	3	75	Difenipino sublingual
Total		4	100	

Fuente: Registros de las unidades visitadas
Elaborado por: Los Autores

Tabla Nº 69
Disponibilidad de oxitócicos en farmacia y bodega en el Hospital de Macas, 2008.

<i>ESTADO</i>	<i>OXITÓCICOS EN FARMACIA Y BODEGA</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>MEDICAMENTOS QUE FALTAN</i>
<i>Incompleto</i>	Disponible	4	66,7	Prostaglandina F2a (inyectable) Dinoprostona (prostaglandina E2)
	No disponible	2	33,3	
Total		6	100	

Fuente: Registros de las unidades visitadas
Elaborado por: Los Autores

Tabla Nº 70
Disponibilidad de anestésicos/analgésicos en farmacia y bodega en el Hospital de Macas, 2008.

<i>ESTADO</i>	<i>ANALGÉSICOS/ANESTÉSICOS EN FARMACIA Y BODEGA</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>MEDICAMENTOS QUE FALTAN</i>
<i>Incompleto</i>	Disponible	7	46,7	Halotano Óxido nitroso Oxígeno
	No disponible	8	53,3	Pancuronio (inyectable) Vecuronio bromuro (inyectable) Propofol (inyectable) Remifentanyl (inyectable) Pethidine (inyectable)
Totaln		15	100	

Fuente: Registros de las unidades visitadas
Elaborado por: Los Autores

Tabla Nº 71
Disponibilidad de tratamiento de la malaria en farmacia y bodega en el Hospital de Macas, 2008.

<i>ESTADO</i>	<i>TRATAMIENTO DE LA MALARIA EN FARMACIA Y BODEGA</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>MEDICAMENTOS QUE FALTAN</i>
<i>Incompleto</i>	Disponible	1	33,3	Cloroquina clorhidrato inyectable Primaquina fosfato oral
	No disponible	2	66,7	
Total		3	100	

Fuente: Registros de las unidades visitadas

Elaborado por: Los Autores

Tabla Nº 72
Disponibilidad de tocolíticos en farmacia y bodega en el Hospital de Macas, 2008.

<i>ESTADO</i>	<i>TOCOLÍTICOS EN FARMACIA Y BODEGA</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>MEDICAMENTOS QUE FALTAN</i>
<i>Incompleto</i>	Disponible	1	14,29	Salbutamol (inyectable) Terbutalina (inyectable) Indometacina (inyectable) Ritodrine (oral) Ritodrine (inyectable) Nifedipino (inyectable)
	No disponible	6	85,71	
Total		7	100	

Fuente: Registros de las unidades visitadas

Elaborado por: Los Autores

Tabla Nº 73
Disponibilidad de otros medicamentos en farmacia y bodega en el Hospital de Macas, 2008.

<i>ESTADO</i>	<i>OTROS MEDICAMENTOS EN FARMACIA Y BODEGA</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>MEDICAMENTOS QUE FALTAN</i>
<i>Incompleto</i>	Disponible	2	66,6	Heparina (inyectable)
	No disponible	1	33,4	
Total		3	100	

Fuente: Registros de las unidades visitadas

Elaborado por: Los Autores

Tabla N° 74
Disponibilidad de anticonceptivos en farmacia y bodega en el Hospital de Macas, 2008.

<i>ESTADO</i>	<i>ANTICONCEPTIVOS EN FARMACIA Y BODEGA</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>	<i>MEDICAMENTOS QUE FALTAN</i>
<i>Incompleto</i>	Disponible	3	50	Anticonceptivo oral combinado (lofemenal)
	No disponible	3	50	Anticonceptivo oral (solo progestágeno) Diafragma con espermicida (nonoxinol).
Total		6	100	

Fuente: Registros de las unidades visitadas
Elaborado por: Los Autores.

Tabla N° 75
Disponibilidad de medicamentos para emergencias obstétricas en sala de emergencia en el Hospital de Macas, 2008.

<i>ESTADO</i>	<i>MEDICAMENTOS EN EMERGENCIA</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>	<i>MEDICAMENTOS QUE FALTAN</i>
<i>Incompleto</i>	Disponible	9	64,28	Diazepam Hydralacina Oxitocina Salbutamol Pethidine
	No disponible	5	35,7	
Total		14	100	

Fuente: Registros de las unidades visitadas
Elaborado por: Los Autores

Tabla Nº 76
Disponibilidad de medicamentos para emergencias obstétricas en sala de operaciones en el Hospital de Macas, 2008.

<i>ESTADO</i>	<i>MEDICAMENTOS EN SALA DE OPERACIONES</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>MEDICAMENTOS QUE FALTAN</i>
<i>Incompleto</i>	Disponible	6	42,8	Adrenalina Furosemida Diazepam Sulfato de magnesio Hydralacina Halotano Salbutamol Pethidine
	No disponible	8	57,1	
Total		14	100	

Fuente: Registros de las unidades visitadas
Elaborado por: Los Autores

Tabla Nº 77
Disponibilidad de medicamentos para emergencias obstétricas en sala de partos en el Hospital de Macas, 2008.

<i>ESTADO</i>	<i>MEDICAMENTOS EN SALA DE PARTOS</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>MEDICAMENTOS QUE FALTAN</i>
<i>Incompleto</i>	Disponible	7	50	Ceftriaxona Adrenalina Furosemida Diazepam Hidrocloridona Salbutamol Pethidine
	No disponible	7	50	
Total		14	100	

Fuente: Registros de las unidades visitadas
Elaborado por: Los Autores



Tabla Nº 78
Disponibilidad de medicamentos para emergencias obstétricas en sala de hospitalización en el Hospital de Macas, 2008.

<i>ESTADO</i>	<i>MEDICAMENTOS EN SALA DE HOSPITALIZACIÓN</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>MEDICAMENTOS QUE FALTAN</i>
<i><u>Incompleto</u></i>	Disponible	10	71,4	Adrenalina Halotano Salbutamol Pethidine
	No disponible	4	28,6	
Total		14	100	

Fuente: Registros de las unidades visitadas
Elaborado por: Los Autores

ANEXO Nº10

CONSENTIMIENTO INFORMADO

MUJERES ATENDIDAS EN LOS SERVICIOS DE SALUD POR EMERGENCIA OBSTÉTRICA Y SUS FAMILIARES

Nosotros:

Julio Manuel Guamán Quispe, Diego Andrés Vásquez Bracho, Paúl Esteban Verdugo Pesántez, estudiantes de la Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas, previo a la obtención de Título de Médico nos encontramos elaborando un proyecto de investigación que lleva como título “Evaluación de los Servicios y Cuidados Obstétricos Neonatales en el Hospital “General de Macas””, cuyo objetivo consiste en realizar una evaluación sobre el acceso, utilización y calidad de atención de los servicios de salud que ofrecen Cuidados en el embarazo, parto y en los primeros 28 días del niño en situaciones que ponen en riesgo la vida de la madre y del niño; y cuya duración será de 6 meses aproximadamente, razón por lo que solicitamos su aprobación mediante la aplicación de un cuestionario en el cual se tratará aspectos como: conocimientos, actitudes y prácticas en caso de una situación de emergencia durante el embarazo y parto, satisfacción de la mujer con respecto a la calidad de la atención que fue brindado en este hospital, y la participación comunitaria para mejorar la atención y la protección de las mujeres en su etapa reproductiva.

Los beneficios que usted podrá obtener luego de este estudio será una mejor accesibilidad para recibir una atención de mejor calidad en el tratamiento de dificultades



que puedan presentarse durante el embarazo, el parto y 42 días después de este.

La información proporcionada será mantenida en secreto, sin ningún costo, y va a ser utilizado únicamente para el estudio antes mencionado, además usted tendrá derecho a decidir sobre su voluntad de participar; en caso de que usted desee retirarse de la investigación tiene toda la libertad de hacerlo.

De antemano agradecemos su colaboración, si tiene alguna inquietud al respecto puede comunicarse al 092658373 y preguntar al nombre de los autores.

Yo,

_____, acepto colaborar con la información necesaria durante la aplicación de este cuestionario.

FIRMA

CI:.....



Anexo N°11

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TRABAJADORES DE LA SALUD

DEL HOSPITAL “GENERAL DE MACAS”

Nosotros:

Julio Manuel Guamán Quizhpe, Diego Andrés Vásquez Bracho, Paúl Esteban Verdugo Pesántez, estudiantes de la Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas, previo a la obtención de Título de Médico nos encontramos elaborando un proyecto de investigación que lleva como título “Evaluación de los Servicios y Cuidados Obstétricos Neonatales en el Hospital “General de Macas”, cuyo objetivo consiste en realizar una evaluación sobre el acceso, utilización y calidad de atención de los servicios de salud que ofertan Cuidados Obstétricos y Neonatales de Emergencia, y cuya duración será de 6 meses aproximadamente, razón por lo que solicitamos su consentimiento mediante la aplicación de un formulario en el cual se tratará aspectos como: conocimientos, actitudes y prácticas sobre los signos y síntomas de la emergencia obstétrica, percepción de las barreras para la atención de las emergencias obstétricas en los servicios de salud, satisfacción de la mujer con respecto a la calidad de la atención en la emergencia obstétrica brindada en las unidades de salud, participación interinstitucional y comunitaria para mejorar la calidad de la atención y la protección social a las mujeres en su etapa reproductiva.

Los beneficios que se podrán obtener luego de la realización del estudio serán una mejor accesibilidad, utilización y calidad de los servicios para el tratamiento de



complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio, mediante la implementación de un plan de acción.

La información proporcionada será enteramente confidencial, sin ningún costo, y va a ser utilizado únicamente para el estudio antes mencionado, además usted tendrá derecho a decidir sobre su voluntad de participar; en caso de que usted desee retirarse de la investigación tiene toda la libertad de hacerlo.

De antemano agradecemos su colaboración, si tiene alguna inquietud al respecto puede comunicarse al 092658373 y preguntar al nombre de los autores.

Yo,

_____, acepto colaborar con la información necesaria durante la aplicación del formulario correspondiente.

FIRMA

CI:.....

ANEXO Nº 12

FOTOGRAFIAS

Vista de la entrada principal hacia el Hospital General de Macas



Construcción del futuro banco de sangre.



Sala de partos del Hospital General de Macas



Entrevista con el Dr. Carlos Molina



Entrevista con los médicos residentes, rurales e internos
que laboran en el Hospital General de Macas

